

Année 1939

THÈSE

N°

295

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jacques-Michel-Simon GILBERT

Né le 28 Octobre 1910, à LIBERMONT (Oise)

Ancien Interne des Hôpitaux d'Orléans

**Importance
du traitement post-opératoire
des néphrectomisés
pour tuberculose rénale**

Président : M. CHEVASSU, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

**IMPORTANCE
DU TRAITEMENT POST-OPÉATOIRE
DES NÉPHRECTOMISÉS
POUR TUBERCULOSE RÉNALE**

Année 1939
—

THÈSE

N° _____
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jacques-Michel-Simon GILBERT

Né le 28 Octobre 1910, à LIBERMONT (Oise)

Ancien Interne des Hôpitaux d'Orléans

Importance du traitement post-opératoire des néphrectomisés pour tuberculose rénale

Président : M. CHEVASSU, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1939

I. — Professeurs

Anatomie	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie médicale	
Bactériologie	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Pathologie médicale et générale	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique de neuro-chirurgie	
Clinique cardiologie	
Assistance médico-sociale	

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE.
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE.
 CLERC.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 CHEVASSU.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCOQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 TROISIER.....
 MATHIEU.
 Clovis VINCENT.
 LAUBRY.
 N...
 HAZARD.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.



II. — Agrégés en exercice

MM.		
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.
FENARD Henri	Pathologie	médicale.
BERNARD Et.	Pathologie	médicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.	
BOULIN	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.	
CATHALA	Pathologie	médicale.
COSTE	Pathologie	médicale.
CHEVALLIER	Pathologie	médicale.
DOGNON	Physique.	
FUNK- BENTANO	Pathologie	chirurgicale.
FEY	Urologie.	
GAILLARD	Parasitologie.	
GASTINEL	Bactériologie.	

MM.		
DE GAUDART		
D'ALLAINES ..	Pathologie	chirurgicale.
GAYET	Physiologie.	
DE GENNES ...	Pathologie	médicale.
GIROUD	Histologie.	
HAGUENAU	Pathologie	médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie	
HUGUENIN	Anatomie	pathologique.
JOANNON	Hygiène.	
LACOMME	Obstétrique.	
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.	
LAROCHE Guy.	Pathologie	médicale.
LAVIER	Parasitologie.	
LELONG	Pathologie	médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT ..	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCO	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	} Clinique obstétricale
ECALLE	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé
LEDoux-LEBARD
RUPPE
WEILL-HALLÉ

Education physique.
Radiologie clinique
Stomatologie.
Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

A MA FEMME

A MON ONCLE Ch. VARANGOT

A MES FRERES

A MES BEAUX-PARENTS

A Monsieur le Professeur CHEVASSU

Professeur de Clinique urologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Cochin

*Pour le très grand honneur qu'il nous
a fait de présider cette thèse.*

A Monsieur le Docteur Jean FALAIZE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse; en reconnaissance de tout ce qu'il a fait pour nous et de la bienveillante amitié qu'il nous a toujours témoignée.

A Monsieur le Docteur DEROUET

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

*Qu'il trouve ici l'expression de toute
notre reconnaissance pour tout ce que
nous lui devons.*

A Monsieur le Docteur Jean CHEVEREAU

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

*Pour l'enseignement précieux qu'il nous
a donné pendant l'année passée dans son
service.*

A MES MAITRES

Chirurgiens et Médecins de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

**Messieurs les Docteurs : DESHAYES, MARRE
SIMONIN, MOLVEAUX, MERCIER, LIMOUZI
RENEVEY, FAUCHER, CROIZIER, PEYTAVIN**

A MES CAMARADES D'INTERNAT

AVANT-PROPOS

La tuberculose rénale, qui représente environ 10 % de toutes les localisations bacillaires, n'en est pas moins une des formes au pronostic le plus favorable, étant donné que dans la plupart des cas on se trouve en présence :

— d'une lésion isolée, l'examen clinique ne montre aucune trace de lésions d'autres organes;

— ou d'une autre localisation tuberculeuse, mais non évolutive, ou même quelquefois guérie depuis longtemps.

De plus la tuberculose rénale est souvent une lésion unilatérale tout au moins quand le *diagnostic* en est fait d'une façon suffisamment précoce (sur 92 tuberculoses rénales observées, 10 seulement étaient bilatérales).

Enfin, le traitement de choix de la tuberculose unilatérale : la néphrectomie, est une intervention extrêmement bénigne, qui seule peut donner des guérisons définitives, alors qu'un rein tuberculeux abandonné à lui-même, ne pourra jamais aboutir à une guérison certaine, mais au contraire à l'infection définitive des voies urinaires inférieures, du rein primitivement sain, et de l'organisme tout entier.

La guérison apportée par la néphrectomie sera encore plus rapide et plus définitive si le malade peut dans les mois qui suivent l'intervention, se soumettre à un traitement médical régulier. D'où l'importance des soins post-opératoires pour remettre en état les voies urinaires inférieures, de façon à ramener la limpidité des urines et une fréquence normale des mictions.

Enfin le néphrectomisé ne sera pas diminué dans sa valeur fonctionnelle. La femme en particulier pourra supporter de façon normale et sans incident une et même plusieurs grossesses.

Nous considérerons :

1° L'avenir vital de ces malades, dans les heures et les jours qui suivent l'intervention.

2° Les complications des suites opératoires immédiates.

3° Le pronostic général dans un avenir plus lointain, essentiellement sous la dépendance de la reprise du processus tuberculeux en un autre point de l'organisme.

4° Le pronostic local : c'est-à-dire ce que vont devenir :

- a) les lésions tuberculeuses de la vessie antérieures à l'intervention;
- b) le moignon urétéral;
- c) la loge rénale.

CHAPITRE PREMIER

Mortalité opératoire

Il convient de ranger dans cette statistique les opérés mourant dans le mois qui suit l'intervention.

Cette mort sera le plus souvent due :

1° Au *shock opératoire*.

2° Aux complications pulmonaires post-opératoires non tuberculeuses.

3° A une généralisation aiguë du processus tuberculeux, ou à une méningite tuberculeuse.

1° *Au shock opératoire*. — Il convient d'insister tout particulièrement sur les malades porteurs de lésions tuberculeuses intéressant les capsules surrénales souvent latentes et qu'il faudra s'attacher à dépister avant l'intervention. On assiste dans ces cas à un syndrome d'insuffisance surrénale aiguë, réalisant un état de collapsus, avec asthénie et même refroidissement des extrémités, cyanose, tachyarythmie et effondrement de la tension artérielle.

L'autopsie, quand on peut la pratiquer, montre presque toujours des lésions bilatérales de tuberculose caséuse des capsules surrénales. Tout se passe comme si les derniers vestiges de capsules jusque là

suffisants pour assurer un équilibre physique apparemment satisfaisant en dehors de tout incident, fléchissaient sous l'influence de l'intervention. (L'influence du chloroforme peut être envisagée).

2° *A des complications pulmonaires post-opératoires non tuberculeuses*, particulièrement à redouter chez les sujets obèses, chez les emphysémateux chroniques, dont il faudra examiner avec soin l'état du cœur et des voies respiratoires avant l'intervention.

3° Enfin, et c'est la cause la plus fréquente, à *une généralisation aiguë du processus tuberculeux ou à une méningite tuberculeuse*, d'autant plus à craindre que le sujet sera plus jeune.

Nous n'avons à déplorer dans notre statistique que deux décès, l'un dû à une méningite survenue au 12^e jour (observation n° 60); l'autre dû à une défaillance cardiaque au cours d'une broncho-pneumonie, chez un malade obèse (95 kgs, (Observation n° 65).

CHAPITRE II

Complications des suites opératoires immédiates

La meilleure garantie d'avoir des suites simples, est de donner à l'opéré des soins post-opératoires parfaitement réglés d'avance.

Nous rappellerons brièvement :

a) l'anesthésie : ce sera le plus souvent le Schleich — plus rarement la rachianesthésie, en employant l'allocaïne à 5 % — 2 cc. 5.

b) Avant l'anesthésie, une injection d'éphédrine sous-cutanée.

c) Les soins post-opératoires proprement dits :

1° *Cas simple drainé avec ou sans mèche iodoformée.*

La première journée : 750 cc. de sérum glucosé sous la peau, injections de camphre.

Surveiller le pouls, l'alèze sous le malade et sous les fesses au bas du pansement. En présence de sang, avec un pouls qui s'accélère de demi-heure en demi-heure, et même sans signes généraux, il faudra alerter. Si un peu de sang traverse le pansement et

souille le pansement, mais si le poulx reste calme et bien frappé, il ne faudra pas s'alarmer, le drain étant fait pour drainer.

Le soir : sauf contre-ordre : morphine et camphre.

Le lendemain : boissons, bouillon, compote.

Le 2^e jour : lavement, potage, purée.

Le 3^e jour : légumes.

Le 4^e jour : s'il y a une mèche, on l'enlève.

Le drain est nettoyé le 4^e jour, raccourci le 7^e, et enlevé avec les fils le 10^e jour.

Lever le 10^e jour.

Le séjour en clinique ne dépasse pas, en principe, 12 à 15 jours.

2^e *Loge rénale tamponnée, sans pinces à demeure.*

Rien de spécial, sinon que le malade a davantage tendance à vomir, et à se ballonner.

Toute la surveillance est pour le 4^e jour, dans l'heure qui suit le détamponnement.

Détamponnement : préparer d'avance de l'eau oxygénée.

Une boîte de champs Tétra ouverte avec le couvercle soulevé (les secondes comptent). Surveiller une heure sans rémission.

Si la plaie saigne, la bourrer avec les champs à toute force.

Ne prévenir le chirurgien qu'après.

Se préparer à injecter 500 cc. de sérum glucosé, faire une injection de camphre.

C'est le cas-type où l'infirmière a la vie du malade entre les mains.

3° *Clamps à demeure sur le pédicule, avec ou sans tamponnement.*

L'opéré est plus ou moins tourné sur l'autre côté.

C'est le cas le plus ennuyeux : le malade souffre de sa position et risque des eschares (cf. observation n° 3). Le tourner prudemment une heure sur l'autre côté, et surveiller particulièrement le réveil et les mouvements intempestifs.

Au 4° jour, on enlève les clamps et le tamponnement, en prenant les mêmes précautions que pour le cas précédent.

Il faut noter quelquefois dans les suites opératoires, une oligurie pouvant presque aller jusqu'à l'anurie, qui cèdera normalement à l'injection de sérum glucosé.

Si cette oligurie persistait davantage, on passerait aux injections de sérum glucosé hypertonique intraveineuses.

Nous passerons maintenant aux complications des suites opératoires proprement dites.

Ce seront :

1° Les accidents de dilatation gastroduodénale aiguë.

2° L'hématurie.

3° Les suites opératoires fébriles.

Ces accidents s'accompagnent de ballonnement de l'abdomen important, tendance au collapsus, oligurie et quelquefois anurie.

1° Accidents de dilatation gastro-duodénale aiguë

Accidents plus fréquents, semble-t-il, chez la femme, et aussi quand on a pratiqué une rachianesthésie — obligatoirement haute, — au niveau de l'espace D11, D12 ou D12-L1, d'ailleurs rapidement jugulés par la mise en position ventrale de Schnitzler, et les injections intraveineuses de sérum chloruré sodique hypertonique.

2° Hématurie

On peut encore dans les jours qui suivent l'intervention constater l'apparition d'une hématurie qui pourra être :

- a) rénale,
- b) urétérale,
- c) vésicale.

a) *L'hématurie rénale* qu'on voit le plus souvent, sera totale, c'est-à-dire colorant l'urine d'une teinte uniforme, et persistant pendant toute la durée de la miction.

En faveur de l'origine rénale de l'hématurie, on peut observer des alternatives rapprochées d'urines claires et d'urines sanglantes — de même lorsque sont éliminés des caillots sanguins revêtant la forme allongée de l'uretère, et lorsque leur rejet coïncide avec l'apparition de douleurs réno-urétérales.

Le moment d'apparition de ces hématuries est en général précoce, l'abondance variable, mais en

général de peu d'importance — le plus souvent sans douleur et sans signes généraux.

A quelles causes imputer ces hématuries

1° Au surcroît de travail que le rein tuberculeux a déjà imposé au rein sain.

2° Aux microbes et aux toxines microbiennes, que le rein tuberculeux a véhiculés, et qui, par l'intermédiaire de la circulation sanguine, ont pu arriver au rein indemne de tuberculose.

3° A la néphrectomie, qui a retenti sur le rein sain que l'hypertrophie compensatrice a déjà modifiée.

En imposant un surcroît de travail, elle va superposer son action à celle que le rein malade a exercée au cours de l'évolution de la tuberculose — action qui se traduit par des phénomènes de congestion et des altérations du parenchyme rénal, très souvent légères, mais qui peuvent parfois être plus accentuées, étant alors la manifestation anatomique d'une néphrite hématurique.

Il serait même possible en certains cas, d'assister à une véritable tuberculisation du rein sain.

Le pronostic immédiat de cette hématurie rénale est bénin dans l'immense majorité des cas — car elle est trop peu abondante en général pour mettre les jours du malade en danger.

Le pronostic éloigné n'est délicat que si l'hématurie est due à une lésion rénale : néphrite hématurique ou tuberculose du rein restant.

A côté de cette hématurie d'origine rénale il convient de signaler :

b) *Les hématuries urétérales*, celles-ci ont pour point de départ le rein malade, par suite des manœuvres pratiquées sur lui, avant la ligature de l'urètre, et aussi celle du conduit urétéral traumatisé au moment de l'intervention.

c) *L'hématurie vésicale* — c'est alors une hématurie terminale — quoique dans certains cas le sang puisse exister pendant toute la durée de la miction, mais même dans ce cas, il est plus abondant à la fin.

Mais ce qui distingue plus particulièrement l'hématurie vésicale, c'est qu'elle est souvent plus tardive et aussi plus persistante que l'hématurie rénale, et qu'elle s'accompagne aussi de phénomènes de cystite : douleurs à la fin de la miction, pollakiurie et pyurie.

3° Suites opératoires fébriles

Les suites opératoires de la néphrectomie ne sont pas toujours apyrétiques. On peut assister dans les jours qui suivent l'intervention à une poussée de température, qu'il faudra savoir interpréter, car la conduite thérapeutique sera différente suivant les cas :

a) La température peut être due à une complication pulmonaire post-opératoire banale. Nous avons vu que le traitement en était surtout préventif : vaccination pré-opératoire, choix de l'anesthésique.

b) Elle peut être due à un mauvais drainage de la loge rénale, remplie de sang et de débris que l'organisme aura à résorber.

c) Ou encore à une complication intestinale, dans la genèse de laquelle les infections à colibacilles joueront un rôle prépondérant : l'apparition de ces accidents est généralement brusque : température élevée, oscillant de 38°5 à 40°, mais l'état général reste assez bon. Le mauvais fonctionnement des voies intestinales met sur la voie du diagnostic (cf observation n° 46).

Cette forme a une évolution beaucoup moins grave que ne le faisait prévoir son début : elle s'amende en 3 à 6 jours, mais les récidives sont fréquentes, et de ce fait les convalescences peuvent être longues.

La température pourra encore être due à une tuberculisation secondaire que nous étudierons plus particulièrement au chapitre des complications locales.

Il faut aussi signaler l'adénite inguinale provenant de la suppuration de l'angle inférieur de la plaie.

Cette adénite qui s'accompagne d'empâtement, de douleur à type névralgie crurale, pourrait en imposer pour une phlébite. Mais on sait que la phlébite n'est pas une complication de la néphrectomie pour tuberculose rénale. De même nous n'avons jamais rencontré de rétention d'urine post-opératoire, alors qu'elle est relativement fréquente dans les autres néphrectomies.

Enfin avant de terminer le chapitre des complications immédiates des suites opératoires, il faut pourtant envisager la question des hémorragies secondaires. Il est actuellement inconcevable qu'on puisse

mourir d'hémorragie dans les suites de néphrectomie, alors qu'il suffit toujours d'un tamponnement pour arrêter l'hémorragie si importante soit-elle. D'où l'importance de placer l'opéré sous la surveillance d'un personnel suffisamment compétent pour pratiquer immédiatement ce tamponnement, en l'absence du chirurgien.

CHAPITRE III

Pronostic général

Il résulte de ce bref exposé que la mortalité dans la néphrectomie pour tuberculose rénale, n'est pas une mortalité post-opératoire.

Les statistiques sont beaucoup plus lourdement grevées par les décès qui surviennent le plus souvent dans les deux ou trois années qui suivent l'intervention. Ceux-ci sont essentiellement conditionnés par la persistance ou la reprise du processus tuberculeux en un autre point de l'organisme.

Reprise qui fera fonction :

1° Des lésions tuberculeuses antérieures ou simultanées.

2° De l'âge du sujet.

3° De la variété des lésions, c'est-à-dire de l'anatomie pathologique.

1° Lésions antérieures ou simultanées

a) Lésions pulmonaires.

b) Lésions du système prostatovésiculopépididymaire.

c) Lésions ostéo-articulaires.

a) LÉSIONS PULMONAIRES.

Ce sont les plus importantes.

Nous avons relevé dans notre statistique : 6 malades dont les lésions pulmonaires paraissaient guéries ou non évolutives au moment de l'intervention : observations 9, 24, 25, 27, 35, 63.

1 malade dont les accidents pulmonaires étaient en évolution : observation n° 9.

Nous distinguerons 4 catégories :

A) Malades cliniquement indemnes de tuberculose, chez qui l'apparition de lésions pulmonaires ultérieures est peu fréquente.

B) Ceux qui ont été frappés de lésions pulmonaires, mais paraissant bien éteintes, ne semblent pas être prédisposés spécialement au développement d'une tuberculose pulmonaire ultérieure.

La règle est même que la néphrectomie ne réveille pas l'ancienne tuberculose.

C) Ceux qui sans avoir de lésions pulmonaires sont cependant déjà atteints de tuberculose s'étant manifestée sur :

os, articulations, glandes génitales, sont plus fréquemment prédisposés à l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire ultérieure.

D) Ceux qui sont porteurs de lésions pulmonaires au moment de l'intervention, chez qui les accidents seront particulièrement à redouter.

Il est d'ailleurs à remarquer :

— que les sujets à poumon antérieurement sains,

chez qui se développe une tuberculose pulmonaire, font plus souvent la forme aiguë d'une granulie, alors que les sujets ayant des lésions en activité au moment de l'intervention, font plus souvent la forme subaiguë d'une tuberculose ordinaire.

En conclusion :

I. — Chez les sujets en apparence indemnes, il faudra faire un examen approfondi du sujet, avant l'intervention pour déceler une tuberculose latente sur le poumon ou ailleurs.

II. — Chez les sujets porteurs de lésions pulmonaires en évolution, il faudra s'abstenir ou faire de sérieuses réserves sur le pronostic post-opératoire, dans le cas où l'on aura été obligé d'intervenir par l'intensité des signes de cystite ou par un gros rein pyonéphrotique.

b. — LÉSIONS DU SYSTÈME PROSTATO-VÉSICULO-ÉPIDIDYMAIRE.

10 de nos malades avaient fait des localisations génitales antérieures à l'intervention : cf observations n° 6, 7, 10, 19, 24, 26, 32, 55, 62, 63. La tuberculose génitale a une influence très nette sur les résultats éloignés de la néphrectomie pour tuberculose rénale. C'est une localisation assez fréquente, qui, contrairement aux autres localisations extra-rénales, peut être sous la dépendance de la lésion rénale. Elle en aggrave le pronostic, tant au point de vue de mortalité éloignée, que de la guérison définitive.

D'ailleurs, la tuberculose génitale aura pu être la première manifestation clinique d'une tuberculose rénale, jusque là muette.

La conduite thérapeutique concernant la lésion génitale sera différente suivant les cas :

Si elle est jeune et peu évolutive, si elle a débuté avec les premiers signes de cystite, on pourra penser qu'elle est en grande partie sous la dépendance de la tuberculose rénale. Elle pourra alors rétrocéder après la néphrectomie.

Si elle est ancienne, elle pourra continuer à évoluer malgré l'intervention sur le rein et retarder la guérison des lésions vésicales. L'épididymectomie s'imposera alors : elle sera le plus souvent unilatérale, mais il ne faudra pas hésiter à la faire bilatérale, quand le toucher rectal aura montré un noyau suspect dans le lobe prostatique opposé à la lésion épididymaire.

Il n'y a pas d'inconvénient à cette conduite, puisque dans la majorité des cas, lorsqu'il y a des lésions prostatiques, ces malades sont azoospermiques.

Dans les suites de néphrectomies pour tuberculose rénale, nous avons été amené à pratiquer 7 épididymectomies : 4 unilatérales : cf. observations n^{os} 17, 19, 32, 38; 2 bilatérales : cf. observations n^{os} 25, 27; 1 castration unilatérale : cf. observation n^o 20.

c. — LÉSIONS OSTÉO-ARTICULAIRES.

Les malades atteints de tuberculose rénale pré-

sentent quelquefois dans leurs antécédents des lésions ostéo-articulaires.

Cf. observations n^{os} 2, 10, 29, 40.

Les localisations ostéo-articulaires qu'on rencontre le plus fréquemment sont : mal de Pott et coxalgie, les tumeurs blanches du genou et des autres articulations.

Là encore le rôle de la localisation extra-rénale est manifeste. Mais tandis qu'une lésion ancienne cicatrisée n'a que peu d'importance sur la néphrectomie, la tuberculose évolutive sera plus grave.

Trois de nos malades ont fait par la suite des complications ostéoarticulaires.

— Observation n^o 37 : arthrite médiotarsienne.

— Observation n^o 43 : mal de Pott dorso-lombaire.

— Observation n^o 49 : polyarthrite (genoux, tibio-tarsienne).

2° Le pronostic général dépend de l'âge du sujet

La tuberculose du rein chez l'enfant revêt les mêmes formes que chez l'adulte, mais elle est moins souvent chirurgicale, car plus souvent bilatérale. Mais ce qui la rend encore plus grave, c'est que fréquemment des lésions tuberculeuses se développent concomitamment ou successivement dans d'autres organes.

C'est cette tendance à la généralisation du processus tuberculeux et la fréquence de la localisation

méningée, qui grèvent lourdement les statistiques de néphrectomie pour tuberculose rénale.

3° Le pronostic général dépend des lésions anatomo-pathologiques

- a) du rein;
- b) de la capsule adipeuse péri-rénale ;
- c) du bassin et de l'uretère;
- d) de la vessie.

a) Lésions du rein :

Quand on ouvre un rein tuberculeux, on est souvent frappé par la variété des lésions. Sur la même pièce on peut voir toute une série de lésions, depuis la petite granulation, jusqu'à la grande caverne purulente et à la poche claire exclue.

Ces formes anatomo-pathologiques ne représentent d'ailleurs que les diverses étapes dans l'évolution de la lésion tuberculeuse.

1° *La forme granuleuse.* — Elle se présente à l'aspect microscopique avec des petites granulations disséminées à la surface ou dans la profondeur du rein. C'est, d'après Albarran, le stade initial d'une tuberculose unilatérale primitive.

2° *La forme nodulaire.* — C'est aussi une forme de début. Le rein est déformé, bosselé. Les nodules qui occupent surtout le pôle supérieur sont déjà ramollis et suppurés. Ces deux formes se rencontrent assez rarement seules dans la néphrectomie pour tuberculose rénale, car les malades se font rarement opérer aussi précocement.

Par contre on les rencontre souvent associées à des lésions plus avancées. Elles correspondent alors à des poussées récentes, qui ont amené le malade à consulter.

C'est dans ces cas qu'on rencontrera également des lésions vésicales jeunes : granulations, qui peuvent expliquer une cystite très récente dans une tuberculose déjà ancienne.

3° *La forme ulcéro-caséuse* se rencontre beaucoup plus souvent. Le rein est augmenté de volume, bosselé, mais quelquefois d'apparence normale. Les cavernes occupent dans la majorité des cas la substance corticale.

4° *La pyonéphrose*. — C'est l'étape ultime de l'évolution du nodule. Au cours de l'évolution de la lésion tuberculeuse, les principales voies d'excrétion : calice, bassinnet, uretère, peuvent se rétrécir et même s'obstruer.

Dans ce cas, les rétentions d'urine et de pus, tout en s'établissant dans le bassinnet, modifient la lésion tuberculeuse dans son aspect. Elle pourra prendre la forme d'une hydronéphrose tuberculeuse — ou d'une pyonéphrose par rétention — parfois à allure suraiguë fébrile.

5° *Le rein détruit peut même s'exclure* et donner le rein classique « rein mastic ». — Il semble qu'on doive plus redouter les formes jeunes, quant à la reprise ou à la généralisation du processus tuberculeux, particulièrement la forme granuleuse diffuse, dans laquelle le rein est recouvert de petites granulations

grises, translucides, pouvant s'agglomérer en véritables granulomes. En manipulant ce rein, on peut essaimer l'infection tuberculeuse, d'abord au niveau de la loge rénale, réalisant la tuberculisation secondaire de la plaie, — ou dans l'organisme réalisant une bacillémie, qui emportera le malade en peu de temps. Ou en favorisant une localisation ultérieure. C'est surtout dans ces formes qu'on voit l'intérêt de la ligature première du pédicule, pour éviter le passage massif dans la circulation des B. K. et des toxines microbiennes, libérées par les manœuvres opérées au niveau du rein. Cette ligature première devra d'ailleurs être adoptée chaque fois que les difficultés opératoires ne la rendront pas impossible. Les formes anciennes seraient moins à craindre, mais dans ce cas le danger vient surtout de la possibilité de rupture d'une caverne corticale, ou d'une poche purulente, d'où transformation de cette tuberculose rénale ancienne et peu virulente, en une tuberculose de la loge, jeune, à la virulence exaltée.

En pareil cas, il faut se garder de refermer, mais bien au contraire laisser largement ouvert une mèche iodoformée dans la loge rénale.

b) *Les modifications de la capsule adipeuse péri-rénale.*

La graisse péri-rénale, tout au moins au début, n'est pas modifiée macroscopiquement et permet de garder toute son indépendance. Plus tard elle s'épaissira et adhérera aux zones du rein les plus malades. Enfin, elle pourra être transformée dans toute son

étendue en une couche scléreuse adhérant fortement au rein et le faisant adhérer aux organes voisins, particulièrement au péritoine et à la veine cave.

Exceptionnellement, la capsule adipeuse sera le siège d'une collection purulente : véritable abcès froid communiquant avec un abcès rénal dont l'ouverture l'aura provoqué.

— Ou bien abcès péri-néphrétique chaud produit par une infection surajoutée.

On comprend donc la difficulté qu'il y aura dans certains cas à libérer le rein de cette gangue de sclérolipomatose, difficulté qui sera exagérée chez les sujets gras et obèses. Non seulement le temps de l'intervention se trouvera allongé, et de ce fait le schock opératoire plus important, mais cette atmosphère graisseuse sera un excellent terrain de culture pour une tuberculisation secondaire de la plaie, ou pour l'éclosion d'une infection banale, entretenant un état de suppuration interminable.

c) Lésions du bassin et de l'uretère.

Le bassin et l'uretère sont en général rapidement envahis.

Au début, il n'y a qu'une augmentation de volume, avec un léger épaissement des parois.

Plus tard, le bassin peut augmenter encore de volume du fait de sa dilatation produite par les ulcérations et surtout par la gêne que rencontre l'urine dans son évacuation.

Mais généralement, ainsi que le montrent les pyélographies, la dilatation siège au niveau des cavités

rénales, qui seules peuvent se laisser dilater, tandis que le bassinot étranglé par la péripyélite ne se distendra pas. C'est aussi la raison qui explique que les hydronéphroses tuberculeuses évoluent généralement sans s'accompagner d'une douleur aussi marquée que dans les autres hydronéphroses.

L'uretère simplement augmenté de volume au début, atteint ensuite un volume et une rigidité vraiment remarquables, tandis que son calibre tend plutôt à diminuer au point de pouvoir s'oblitérer à peu près complètement ou même complètement, du moins en certains points.

A ces transformations s'ajoute celle du tissu péripyélique et péri-uretéral qui, d'abord simplement œdémateux, devient par la suite fibrolipomateux et se confond avec la paroi propre de l'uretère qu'il fait adhérer aux autres organes.

En définitive on peut se trouver en présence d'un uretère très augmenté de volume, tellement cartonné qu'il peut se rompre au cours des manœuvres faites sur le rein pour l'extérioriser — ou à parois tellement infiltrée, qu'elle coupe sous la ligature — ou d'une uretérite si intense qu'elle rend impossible et l'écrasement, et la ligature de l'uretère.

On doit se contenter dans ces cas de le sectionner au thermocautère et de ioder la tranche de section, et surtout d'éviter par une protection soigneuse du champ opératoire, la souillure de la plaie par le pus pouvant s'écouler de l'uretère.

Enfin, en certains cas, la péripyélite, l'envahisse-

ment scléro-lipomateux du pédicule, rendent impossible son dégagement et sa ligature, d'où nécessité de tamponner, voire même de faire une néphrectomie avec clamps à demeure, source de suites opératoires mouvementées.

d) *Lésions vésicales.*

Le pronostic général dépend enfin des lésions vésicales, dont nous étudierons l'anatomie pathologique, au chapitre des complications locales.

CHAPITRE IV

Pronostic local

Le processus tuberculeux pourra de plus continuer à évoluer localement. De cette notion on doit dégager la nécessité de surveiller pendant un certain temps après l'intervention, les voies urinaires du néphrectomisé, et d'instituer un traitement qui lui assurera une guérison fonctionnelle complète et définitive.

Trop de chirurgiens ignorent cette notion et sont persuadés qu'après la suppression du rein tuberculeux tous les troubles urinaires doivent rétrocéder et disparaître à tout jamais.

C'est pourquoi l'urologue verra venir consulter nombre de néphrectomisés qui, après l'intervention, n'auront bénéficié d'aucun traitement local. Chez ces malades, les troubles fonctionnels loin de s'amender ont souvent empiré au point de leur rendre une vie normale complètement impossible.

Par quoi l'existence de ces malades est-elle empoisonnée ?

1° par une fistule lombaire;

2° par une tuberculisation secondaire de la plaie.

3° par une complication uréthrale;

4° par des troubles vésicaux.

1° FISTULES LOMBAIRES.

Plusieurs mois après l'intervention, ces malades conservent une ou plusieurs fistules au niveau de la plaie lombaire.

Ces fistules proviennent d'une inoculation de la plaie opératoire, quand par exemple, on a rompu une poche purulente au cours de l'intervention, entretenue le plus souvent par le moignon urétéral tuberculeux.

De l'orifice ou des orifices, part un trajet le plus souvent oblique en bas; ce trajet est constitué par une membrane pyogénique de nature tuberculeuse ou inflammatoire banale, entourée d'une zone scléreuse parfois fort épaisse, qui joue un rôle capital dans la persistance de cette fistule.

Quand le moignon urétéral est resté perméable, l'urine reflue de la vessie jusque dans la plaie lombaire, créant un ennui supplémentaire pour le malade, qui, constamment mouillé, est obligé de renouveler fréquemment son pansement.

Nous étudierons dans un chapitre spécial le traitement de ces fistules, mais nous envisagerons ici les différents moyens de les éviter au moment de l'intervention.

La loge rénale sera largement mise à jour. Au besoin on réséquera la 12^e côte, afin de rendre toutes les manipulations exemptes de brutalité. On évitera ainsi l'ouverture d'une poche purulente. D'autre part,

comme c'est souvent l'uretère qui est cause de la fistule, il sera mieux d'avoir affaire à une fistule courte, ayant son point de départ dans la région lombaire, au ras de la plaie opératoire. On le sectionnera donc très haut après l'avoir lié et thermocautérisé très soigneusement, et on le fixera si possible, à la paroi aponévrotique superficielle. Puis on complètera par l'ablation soigneuse de la graisse susceptible d'être infectée par les lymphatiques.

Enfin, on terminera par un drainage : un drain au contact du moignon uretéral, et une mèche iodoformée dans la loge rénale.

On a souvent reproché au drainage de favoriser l'apparition des fistules. Il suffit, pour répondre à cette objection, d'observer tout ce qui sort par le drain dans les jours qui suivent. A quoi bon demander à l'organisme de résorber toute cette quantité de liquide ? D'autre part, pour qu'il y ait fistule, il faut qu'il y ait infection bacillaire. Or de deux choses l'une :

— ou bien elle n'existe pas et le drain ne pourra la provoquer;

— ou elle existe, et l'absence de drainage va permettre à l'infection de se développer tout à son aise, et de se terminer par une fistule ou même par une :

2° TUBERCULISATION SECONDAIRE DE LA PLAIE.

Cette complication sera annoncée par la température, qui après avoir commencé à s'élever vers le 3^e ou 4^e jour, se maintiendra en plateau entre 39 et 40 — sans autres signes que quelques râles discrets à une base pulmonaire.

Si un examen soigneux de tous les appareils : pulmonaire, intestinal, urinaire..., n'explique pas cette température, il faudra se résoudre au bout de quelques jours, une semaine au maximum, à désunir la plaie, et surtout ne pas s'en laisser imposer par l'aspect satisfaisant de la cicatrice.

Cette tuberculisation de la plaie est une des complications les plus ennuyeuses qui surviennent après la néphrectomie. En effet le malade se trouvera porteur d'une plaie béante, très lente à cicatriser, nécessitant des pansements et des nitratages fréquents, pendant de longs mois. Le malade se trouvera donc dans l'impossibilité de reprendre son activité, avant la cicatrisation complète de sa plaie lombaire.

3° COMPLICATIONS URÉTHRALES.

Avant de parler des complications vésicales qui sont les plus fréquentes et qui fourniront l'essentiel de notre étude, il ne faut pas négliger le rétrécissement de l'urèthre d'origine tuberculeuse. Cette lésion est évidemment sous la dépendance de la lésion réno-vésicale. La contagion se fait :

— soit par propagation directe du col de la vessie à l'urèthre;

— soit par inoculation de l'urèthre par le passage de l'urine septique. La principale manifestation de cette tuberculose uréthrale est le rétrécissement provenant :

— soit de lésions de sclérose;

— soit de lésions hypertrophiques provoquées par

la réaction des tissus en présence de localisations tuberculeuses.

Les symptômes fonctionnels sont le plus souvent masqués par ceux de la lésion vésicale. C'est pourquoi l'on peut très bien ne pas attacher immédiatement trop d'importance aux phénomènes de dysurie, de rétention ou d'incontinence que les malades accusent.

Le rétrécissement existe souvent sur toute l'étendue de l'urèthre spongieux.

Il est pratiquement indilatable, les séances de dilatations s'accompagnant d'hémorragies, de syncofes, et de signes généraux très impressionnants.

On continuera malgré tout les séances de dilatation, sinon pour augmenter le calibre, tout au moins pour l'entretenir.

4° TROUBLES VÉSICAUX.

Les malades viennent aussi consulter parce que les troubles urinaires persistent.

Ils se traduisent par : pollakiurie, douleur à la miction, pyurie, hématurie.

Ces lésions vésicales ont d'abord été considérées comme primitives, l'atteinte rénale étant considérée comme une lésion surajoutée.

Puis a succédé une période dans laquelle la tuberculose rénale est tout, les lésions vésicales rien.

Le revirement des idées fut si complet que le traitement vésical, objet exclusif des recherches du siècle dernier fut absolument abandonné. Nés de la tuberculose rénale, les signes vésicaux devaient dis-

paraître avec celle-ci, il était inutile de s'en occuper davantage.

Il est aujourd'hui indiscutable que la néphrectomie seule ne donne pas toujours la disparition des troubles vésicaux, et qu'il faille venir en aide à l'organisme par des moyens appropriés.

La vessie des néphrectomisés pour tuberculose rénale

Les troubles vésicaux sont fonction :

- a) de l'anatomie pathologique des lésions vésicales;
 - b) de l'état de l'orifice urétéral malade avant l'intervention;
 - c) du segment inférieur de l'uretère après la néphrectomie.
 - d) de l'état de l'orifice urétéral du côté restant;
 - e) de l'état du système prostatovésiculodépendant;
 - f) de l'état du rein restant.
- a) DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES LÉSIONS VÉSICALES.

Les lésions vésicales du début existent dans la région de l'orifice urétéral correspondant au rein malade, ou au sommet de la vessie, localisation due vraisemblablement à l'inoculation de ce point par le contact de l'uretère, quand la vessie est vide.

La lésion initiale est la granulation, constituée par une substance caséuse entourée d'une zone d'infiltration. L'épithélium qui se trouve à la surface de la granulation s'altère peu à peu, s'atrophie, finit par disparaître. Ainsi se trouve constituée l'ulcération.

- Cette ulcération se présente sous différents aspects :
- ou bien il s'agit d'une ulcération en forme de cirques lunaires;
 - ou bien elle est plus étendue, à bords festonnés, décollés;
 - ou elle repose sur un plateau faisant une légère saillie sur la paroi vésicale.

A une période plus avancée, du fait de l'extension en surface et en profondeur, la vessie se trouve atteinte dans presque toute son étendue. Les parois sont épaissies par l'infiltration inflammatoire non seulement de ses parois propres, mais aussi de la couche péri-vésicale. De ce fait, la capacité de la vessie se trouve considérablement réduite, jusqu'à ne pouvoir contenir que quelques centimètres cubes. Il faut d'ailleurs faire la part de la contracture vésicale due à l'irritation et à la douleur, qui cédera sous l'influence des traitements locaux, et de la réelle infiltration rendant la vessie inextensible, qui rend aléatoire tout traitement. Car les parois vésicales ne reprendront jamais ni leur intégrité anatomique, ni l'intégrité de leur fonctionnement physiologique.

b) DE L'ÉTAT DE L'ORIFICE URETÉRAL AVANT L'INTERVENTION.

Au début, ce sont des lésions de congestion et d'œdème, avec béance de l'orifice.

Plus tard ce seront les lésions spécifiques : granulations et ulcérations — qui pourront masquer plus ou moins complètement l'orifice. Plus tard enfin, les lésions infiltrant le méat non seulement par la vessie,

mais par propagation de l'urétéríte descendante, vont détruire la musculature de l'orifice urétéral, et donner l'orifice en cul de four, qui s'accompagne si fréquemment de reflux vésico-urétéral.

c) DU SEGMENT INFÉRIEUR DE L'URETÈRE APRÈS LA
NÉPHRECTOMIE.

Normalement, il s'oblitére, mais lentement, quelquefois seulement après plusieurs années. Cette oblitération n'est pas la conséquence physiologique de l'ablation de sa glande sécrétrice; la suppression du rein supprime ses contractions et le met au repos.

Dès lors ses parois s'accolent et se soudent comme les parois d'une synoviale immobilisée. Exceptionnellement, il continue à suppurer. Cette suppuration provient d'abcès froids périurétéraux qui s'ouvrent au dehors en donnant lieu à des fistules interminables. C'est dans ces cas que l'on voit parfois se produire un reflux dans la plaie de l'urine venant de la vessie et s'écoulant par un uretère béant et rigide (cf. observation n° 40).

d) DE L'ÉTAT DE L'ORIFICE URETÉRAL DU CÔTÉ RESTANT.

Il s'agit surtout de savoir s'il existe un reflux vésico-urétéral.

Nous le verrons grâce à la cystoradiographie qui montrera :

- le point où l'uretère s'abouche dans la vessie;
- le reflux plus ou moins accentué.

Tantôt le liquide s'arrête dans l'uretère sans monter dans le bassin, tantôt tout l'arbre urinaire est injecté;

— l'aspect de l'uretère, qui pourra être plus ou moins dilaté, et présenter des flexuosités, des coudures, ou être normal;

— l'aspect de la vessie, qui peut être normale ou au contraire petite et rétractée.

Le reflux vésico-urétéral a des conséquences importantes :

Il entretient les phénomènes vésicaux : douleurs, fréquence des mictions pouvant aller jusqu'à la fausse incontinence, par perte de la capacité vésicale. Il entraîne une urétéropyélite presque constante, mais surtout il peut entraîner la tuberculisation de l'autre rein.

En cas de reflux important, on pourra envisager l'exclusion de la vessie par un des procédés que nous étudierons dans un prochain chapitre.

e) DE L'ÉTAT DU SYSTÈME PROSTATO-VÉSICULO-ÉPIDIDYMAIRE.

Il faut savoir que si la tuberculose génitale semble être consécutive dans la majorité des cas à l'infection de l'urèthre prostatique par l'urine provenant d'un rein tuberculeux, la lésion génitale peut continuer à infecter la vessie après la néphrectomie.

Il faudra donc explorer soigneusement le système génital du malade, avant d'instituer un traitement.

Dans beaucoup de cas il suffira d'une épидидymectomie pour guérir une cystite jusque-là rebelle à tout traitement et entretenue par l'intermédiaire de lésions prostatiques ou vésiculaires.

Le toucher rectal révélera une augmentation de volume de la prostate jointe à une tension spéciale.

On pourra aussi percevoir l'existence de noyaux durs à côté des zones ramollies.

Lorsque des abcès se seront ouverts dans l'urèthre, le toucher rectal, d'ailleurs très douloureux, pourra faire reconnaître en certains points des parties plus molles dans lesquelles la pression ferait sourdre du pus au méat.

Le toucher rectal fera aussi constater l'existence de lésions tuberculeuses des vésicules séminales, qui normalement ne sont pas perçues, et qu'on trouvera alors sous forme de tuméfactions bosselées au-dessus de la prostate, soit indurées, soit comme « injectées de suif ».

L'uréthrocystoscopie pratiquée montrera :

- un col bosselé, œdémateux, saignant;
- relativement peu de lésions vésicales, qui sont alors localisées au bas-fond, tomenteux, et à la partie du trigone voisine du col.

C'est surtout chez ces malades qu'on remarque des accidents de rétention, certainement sous la dépendance des lésions du col et de la prostate. Ce seront :

- soit de petites rétentions de 30 à 50 cc. d'urine purulente (on conçoit dans ce cas la persistance des lésions locales avec une urine qui stagne);
- soit de véritables rétentions de 200 à 400 cc. (cf. observations n^{os} 61, 62).

Il semble que les accidents d'urémie observés chez ces malades soient en partie imputables à cette rétention, et non seulement au mauvais fonctionnement du rein restant.

On pourrait, à ce sujet, rapporter l'observation

d'un malade de 44 ans présentant une rétention purulente aseptique de 350 cc., avec lésions périurétérales et vésicales absolument typiques de tuberculose rénale double, avec une urée sanguine à 1,90.

D'autre part au stade extrême, les lésions prostatovésiculaires peuvent aller jusqu'aux multiples fistulisations périnéales.

Nous ne les avons jamais observées chez des malades néphrectomisés, mais chez deux malades, dont l'un porteur d'un rein exclu, avait refusé l'intervention.

Il est bien probable que c'est l'existence de tels dégâts qui rendit inopérants tous les essais de traitement de leurs cystites.

f) DE L'ÉTAT DU REIN RESTANT.

Si le rein restant se tuberculise, il va entretenir une cystite tuberculeuse, reprenant tous les caractères de la cystite qui existait avant la néphrectomie. Mais le plus souvent il y aura entre temps, une période d'accalmie.

Nous en ferons ultérieurement l'étude clinique.

A la suite de cet exposé, nous pourrions ranger les malades en plusieurs catégories :

1° Ceux chez qui les signes de cystite disparaissent complètement et définitivement après l'intervention.

2° Ceux chez qui les signes de cystite ne s'améliorent pas spontanément.

3° Ceux chez qui la néphrectomie a amené une amélioration, voire même une disparition des troubles vésicaux, et qui, après un temps variable, les voient réapparaître.

1° Malades chez qui les signes de cystite ont disparu complètement et définitivement

Pour ces malades, la néphrectomie a fait disparaître radicalement les signes de cystite. Tout se passe comme si, avec la néphrectomie, on avait tari chirurgicalement la source de leur cystite.

Souvent, en effet, c'est dans les jours qui suivent l'intervention que ces malades voient disparaître leurs douleurs, en même temps que leurs fonctions urinaires redeviennent normales.

La fréquence des mictions diurnes passant souvent de 10 et 15 fois à 4 ou 5, en même temps que la fréquence nocturne tend vers 0.

Il sera, malgré tout, indiqué, pendant leur séjour en clinique, de leur faire des lavages de vessie, suivis d'instillations de bleu dunacaîné. Leur guérison sera ainsi plus rapide et plus définitive, si bien qu'à leur sortie de clinique ou de l'hôpital ils seront complètement transformés et de nouveau aptes à reprendre une vie et une activité normales.

2° Malades chez qui les manifestations vésicales ne s'améliorent pas après l'intervention

On peut les ranger en plusieurs groupes :

a) Sujets conservant de la pollakiurie, avec urine claire, non tuberculeuse.

b) Sujets conservant de la pollakiurie, avec pyurie à germes banaux.

c) Sujets conservant de la pollakiurie, avec une urine tuberculeuse.

d) Sujets présentant des hématuries, avec ou sans signes vésicaux.

a) Sujets qui conservent de la pollakiurie avec urine claire

La persistance de cette pollakiurie est souvent due à une sensibilité du col, quelquefois à une rétraction ou à une sclérose du muscle vésical.

Le pronostic est bon en ce qui concerne l'état général du malade, mais il faut savoir que la pollakiurie peut rester définitive, l'infiltration des parois rendant la vessie pratiquement inextensible.

Parfois aussi, on se trouve en présence de malades n'ayant aucune lésion visible à la cystoscopie, ni au niveau de la vessie, ni au niveau du col, ayant une

capacité vésicale normale, mais qui n'en continuent pas moins à uriner très fréquemment, sans qu'on puisse en donner une raison plausible.

Il est probable qu'il s'agisse là de lésions plus profondes de la vessie, particulièrement de névrite, échappant à tous les procédés actuels d'investigation, pour lesquels nous sommes absolument désarmés.

On pourra donc essayer tous les traitements :

Bleu de méthylène per os : 5 cgr. pendant 15 à 20 jours par mois.

Antispasmodiques : belladone et ses succédanés.

Instillations de bleu dunacaïné, d'huile goménolée, d'huile phéniquée.

On pourra aussi alcaliniser ou acidifier les urines, même au besoin essayer les injections épidurales.

Mais toutes les tentatives resteront vaines, jusqu'au jour où, sans qu'on sache à quoi l'attribuer, la guérison ou tout au moins une amélioration survient, souvent alors que le malade est sans traitement.

b) Sujets qui conservent : pollakiurie-pyurie-douleur à la miction

Mais chez qui l'examen bactériologique montre l'existence d'une infection à germes banaux, le plus souvent à colibacilles, la plupart du temps en rapport avec un fonctionnement défectueux des voies digestives.

Nous verrons au chapitre spécial consacré au trai-

tement de toutes les complications la thérapeutique de toutes ces cystites.

c) Sujets qui ont continué à avoir des urines tuberculeuses

S'accompagnant de troubles faisant partie intégrante du tableau de la tuberculose rénale.

Ce sont essentiellement :

— la fréquence des mictions, diurne et surtout nocturne, s'accompagnant d'une sorte d'impériosité, qui peut donner lieu à une fausse incontinence d'urine nocturne, mais beaucoup plus rarement que dans une tuberculose rénale non opérée.

— la douleur pendant ou après la miction;

— la pyurie et l'hématurie, qui se confondent avec les mêmes troubles d'origine vésicale;

— la diminution de la capacité vésicale.

La persistance de ces troubles chez des malades persuadés que la néphrectomie devait leur apporter la guérison complète aussitôt après l'intervention, les amène fréquemment à penser que le rein restant est à son tour devenu tuberculeux — surtout quand ils peuvent voir dans leur entourage des opérés à qui l'intervention a apporté une cessation complète de tous leurs troubles urinaires.

D'où découragement, psychisme lamentable, tous facteurs qui ne sont pas faits pour contribuer à un prompt rétablissement.

Ces troubles peuvent d'ailleurs avoir une origine différente; ils peuvent être dus :

1° Aux lésions vésicales qui n'ont pas encore régressé.

2° Au moignon urétéral qui continue à déverser des bacilles de Koch dans la vessie.

3° A une lésion tuberculeuse du système prostatovésiculo-épididymaire.

1° AUX LÉSIONS VÉSICALES.

Dans ces cas la cystoscopie s'impose. Elle montrera des lésions variables.

a) *En premier lieu : l'œdème*, siégeant au niveau de l'orifice urétéral du côté de la néphrectomie. C'est un œdème bulleux, qui se présente sous forme de saillies plus ou moins arrondies, plus ou moins saillantes, plus ou moins confluentes, plus ou moins étendues. Ces saillies sont translucides et peuvent être comparées à des grains de raisin éclairés par le soleil, ou à des bulles d'herpès.

Cet œdème peut persister quelquefois très longtemps après la néphrectomie.

b) *L'aspect ecchymotique de la muqueuse vésicale.*
— On peut voir une rougeur anormale de la vessie produite par une exagération du volume des vaisseaux.

A un degré de plus, les vaisseaux très nombreux laissent à peine voir la teinte normale de la vessie.

La teinte rouge peut être uniforme et occuper toute la vessie et témoigner simplement de l'existence d'une cystite, ou apparaître sous forme de taches extrêmement limitées et d'un rouge grenat éclatant, et alors témoigner de l'existence d'une hémorragie vésicale.

c) *Les granulations*. — Elles apparaissent comme des petites élevures grisâtres, arrondies, jaunâtres au centre, bordées d'une zone rouge, et généralement en nombre assez restreint.

La présence de granulations est le signe d'une lésion jeune, ou encore d'une poussée récente dans une forme plus ancienne.

Les granulations sont d'ailleurs une des premières lésions à disparaître.

Les ulcérations tuberculeuses peuvent être plus ou moins grandes, tantôt elles ne dépassent pas la surface d'une lentille, tantôt elles présentent une surface de plusieurs centimètres.

Les bords, sauf lorsqu'elles sont de très petites dimensions, sont très irrégulièrement découpés, souvent décollés, et forment parfois un petit lambeau.

L'ulcération est plus ou moins creusée. Le fond en est le plus souvent raviné. Sa coloration plus pâle que la muqueuse voisine, peut être modifiée par des débris gris jaunâtre, par des petits caillots, ou par des suffusions sanguines. Le pourtour de l'ulcération est rouge, mais généralement dans une zone assez limitée.

Le siège de ces ulcérations est situé le plus souvent autour de l'orifice urétéral malade et au sommet de la vessie, localisation absolument pathognomonique.

c) *Les bourgeons inflammatoires* apparaissent parfois :

— soit comme des bourgeons charnus plus ou moins saillants;

— soit comme de petits papillomes peu frangés, que l'on pourrait confondre avec de véritables poly-pes, si l'on ne constatait pas de lésions de cystite.

C'est d'ailleurs sur cette sorte de lésions que les traitements locaux auront le plus de difficulté à agir, alors qu'ils agissent souvent de façon remarquable sur les granulations, et sur les ulcérations. D'où la nécessité de recourir à l'étincelage à haute fréquence.

f) *Les nappes de cystite nacrée* se présentent sous forme d'une tache blanche, généralement peu étendue, légèrement surélevée, toujours un peu irrégulière de surface. Tantôt elles donnent l'aspect d'un flocon d'ouate fixé à la paroi, tantôt elles donnent l'aspect du givre.

La muqueuse vésicale au pourtour est rouge, et parfois il existe au voisinage des taches plus rouges encore, d'un rouge éclatant, qui sont le point de départ d'hémorragies.

On les distingue des plaques de pus à ce qu'elles sont immuables et ne se modifient pas par des lavages, contrairement aux plaques de pus, qui, elles, sont balayées sinon au premier lavage, tout au moins à des lavages successifs.

g) *L'état de l'orifice urétéral du côté restant.* — Le méat urétéral apparaît le plus souvent comme sain, bien que quelquefois, il puisse être entouré d'une zone d'œdème. Mais en tout cas l'éjaculation reste claire.

Les signes de cystite peuvent être dus :

2° AU MOIGNON URETÉRAL.

Nous avons vu en effet que celui-ci met souvent plusieurs mois et même parfois plusieurs années à s'oblitérer. Pendant tout ce temps il pourra être le siège de véritables abcès froids, et continuer à déverser ses produits bacillaires dans la vessie, entretenant ainsi la cystite.

La cystoscopie montrera du côté opéré un orifice urétéral cratériforme dans lequel l'eau du lavage fera voltiger des flocons de pus, comparables à de la neige.

3° A UNE LÉSION TUBERCULEUSE DU SYSTÈME PROSTATO-VÉSICULO-ÉPIDIDYMAIRE .

La cystite pourra enfin être due, nous l'avons déjà vu, à une atteinte bacillaire du système prostatovésiculo-épididymaire. Nous ne reviendrons pas sur l'aspect uréthro-cystoscopique de ces lésions : col bosselé, œdémateux, saignant, lésions vésicales localisées au bas-fond tomenteux, et à la partie du triangle voisine du col.

d) Sujets présentant des hématuries avec ou sans signes vésicaux

Nous avons déjà parlé des hématuries rénales et urétérales.

Le plus souvent les malades qui saignent de leur vessie après l'intervention avaient déjà présenté des hématuries vésicales avant la néphrectomie.

Elles peuvent se présenter sous la forme de quelques gouttes de sang avec une douleur à la fin de la

miction, ou sous forme d'urine trouble et teintée de sang dans son ensemble avec quelques petits caillots. Généralement ces malades gardent une fréquence anormale, avec des signes d'irritation vésicale, mais quelquefois aussi avec une urine trouble et un saignement presque constant, sans aucun symptôme fonctionnel.

Il n'y a pas non plus rapport entre l'intensité des lésions vésicales constatées à la cystoscopie et l'intensité de l'hématurie, et l'intensité des signes de cystite.

Ce qui saigne le plus, ce sont :

1° *Les bourgeons charnus*, qui apparaissent congestifs, violacés, avec souvent un petit caillot.

2° *Les ulcérations vésicales* couvertes d'un petit piqueté hémorragique.

3° *L'œdème peut saigner*, surtout au niveau du col. Quand les lésions qui saignent sont au niveau du plafond, on voit les fines gouttelettes de sang tomber en pluie.

Il faut savoir que ces vessies qui saignent, même quand elles ne sont pas douloureuses, saignent d'autant plus qu'on les lave davantage. On a d'ailleurs souvent les plus grandes difficultés à faire une cystoscopie, même après des lavages très doux et très chauds à l'antipyrine.

La plupart du temps, dans ces formes hématuriques, les instillations ne suffisent plus et il faut recourir à l'étincelage.

3° Sujets qui, après la néphrécomie, ont vu s'améliorer, ou même, plus rarement, disparaître leurs signes de cystite, puis les ont vu réapparaître.

Le retour des troubles vésicaux, chez ces malades que la néphrectomie avait ou améliorés ou guéris, n'est pas sans leur donner une grande inquiétude. Ce sont des malades qui vont vivre dans la perpétuelle hantise de la tuberculisation de leur rein restant.

Ils tiendront un registre journalier de la fréquence de leurs mictions diurnes et nocturnes, noteront d'un jour à l'autre la quantité, le trouble ou la limpidité de leurs urines. Les femmes interpréteront comme un signe de gravité le fait qu'elles urinent davantage et par conséquent plus fréquemment, au moment de leurs règles. Il est bien certain que, théoriquement, la meilleure ligne de conduite, après avoir éliminé la possibilité d'une localisation tuberculeuse génitale, serait le cathétérisme de l'uretère restant.

Souvent d'ailleurs les malades le réclament. Mais il faut bien se garder d'y consentir. Il est en effet très difficile au moment du cathétérisme de leur dissimuler l'aspect trouble de leurs urines, car très méfiants, et croyant, d'ailleurs souvent avec raison, être trompés, ils se tiennent sur leurs gardes.

D'autre part leur annoncer la tuberculisation de

leur rein restant, équivaldrait presque à leur signifier un arrêt de mort, car l'effet moral, chez ces malades au psychisme très mauvais serait désastreux.

On devra donc se contenter d'approximations cliniques et de probabilités.

Il est bien certain, qu'en pareil cas, les traitements locaux ne pourront avoir une action durable. Il faudra néanmoins les poursuivre pour atténuer les douleurs, qui rendent la vie insupportable au malade. D'ailleurs on y arrive maintenant, grâce aux instillations de bleu dunacaïné. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on sera amené à pratiquer une *dérivation des urines*, qui agira en supprimant la distension des parois vésicales et leur contraction. Le repos est ici un facteur essentiel de la guérison du processus tuberculeux.

Cette dérivation sera possible au moyen des trois interventions suivantes :

1° La cystostomie. — Intervention peu satisfaisante, même en théorie, puisqu'elle ne supprime pas le passage de l'urine dans la vessie, et par conséquent ne supprime pas les douleurs.

2° L'uretérostomie cutanée, qui elle est une intervention définitive, en ce sens qu'elle ne permet plus un fonctionnement normal des voies urinaires, et qui constitue une lourde infirmité.

3° La néphrostomie, théoriquement plus séduisante, mais qui constitue une infirmité non moins pénible.

Nous parlerons plus longuement de ces trois interventions au chapitre consacré au traitement.

CHAPITRE V

Traitement

Nous envisagerons :

A. — Le traitement général.

B. — Le traitement des complications extra-urinaires.

C. — Le traitement des complications urinaires.

A. — LE TRAITEMENT GENERAL

1° Traitement hygiéno-diététique.

2° Thérapeutiques adjuvantes.

1° TRAITEMENT HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUE.

Il est classique de prescrire à tous les convalescents de néphrectomie pour tuberculose rénale, le repos, la vie au grand air, les cures de soleil, un régime alimentaire spécial. Nous ne doutons pas du bien-fondé de ces prescriptions, mais nous n'avons eu ni à les conseiller, ni à les imposer à nos malades.

De même le lever précoce, appliqué dans toutes les circonstances favorables, nous a toujours donné les meilleurs résultats.

En effet, une fois le rein tuberculeux enlevé, à moins de lésions extra-rénales en activité, et quand il

ne souffre plus de sa vessie, le malade doit guérir tout seul.

Il est à noter que l'opéré, dans les jours qui suivent l'intervention récupère un excellent appétit, qui d'ailleurs le pousse souvent à commettre des excès de table, pouvant être le point de départ d'ennuis gastro-hépatiques, du reste sans gravité.

En dehors des soins locaux, qui pourront demander plus ou moins de temps, les malades sont rendus à une vie sociale normale en général 6 semaines après l'intervention.

Nous n'en envisagerons pas moins les moyens qu'on peut employer pour le relèvement de l'état général du malade.

Hygiène : vie au grand air, avec cure hélio-marine, si possible.

Alimentation : réconfortante, avec viandes rôties ou grillées, viande crue, œufs, poissons, etc...

Nous devons insister sur la notion du régime à volonté, même quand après la néphrectomie, il persiste une légère albuminurie.

Reconstituants généraux : huile de foie de morue, fer, quinquina, phytine, tricalcine, phosphates.

Extraits opothérapiques, extraits de foie buvables.

2° THÉRAPEUTIQUES ADJUVANTES.

Ce sont celles qui s'adressent à l'élément bacillaire.

Nous avons utilisé trois préparations :

a) *L'antigène méthylique de Nègre et Bocquet*, délivré par l'Institut Pasteur en ampoules de 1 cm³, solution diluée et solution forte.

On commencera le traitement par une injection de un quart de cmc. de la solution diluée, qu'on répètera à la cadence de 2 injections par semaine. Si le malade ne présente aucune réaction thermique, on passera 3 ou 4 jours après la 5^e ou 6^e injection, à un demi cmc, dose répétée 5 à 6 fois. Puis on augmentera de un quart de cmc. jusqu'à 1 cmc., en renouvelant toujours les injections de chaque nouvelle dose, tous les 3 ou 4 jours.

Si au cours du traitement on observe une réaction fébrile de plus de 0°5, on diminue la dose injectée en dernier lieu de un quart de cmc. Lorsque le malade a reçu 5 à 6 fois 1 cmc d'antigène dilué, on lui injecte un quart de cmc. de la solution concentrée, en surveillant attentivement ses réactions.

Puis on progresse de la même façon que pour l'antigène dilué.

Les injections sont ensuite poursuivies à la dose de 1 cmc., qu'il ne faut pas dépasser, jusqu'à amélioration suffisante ou guérison.

Si le résultat n'a pas été obtenu au bout de 5 à 6 mois, on laissera le malade au repos pendant 6 semaines, puis on recommencera par l'antigène dilué, de la même façon que précédemment.

L'antigène sera contre-indiqué :

- si le malade est hyperthermique;
- si l'injection d'antigène détermine une poussée fébrile;
- s'il provoque des hématuries.

b) *Le V.A.V. de Vaudremer*, délivré sous deux formes : émulsion bacillaire faible, émulsion bacillaire forte.

L'émulsion faible sera indiquée, quand il y aura association de manifestations pulmonaires actives.

On injectera une fois par semaine : d'abord $1/4$, puis $1/2$, puis 1 cmc.

On s'assurera avant chaque injection que l'auscultation ne révèle l'apparition de bruits adventices, ou leur augmentation.

Après la 3^e injection, le malade sera mis au repos pendant 15 jours après lesquels on reprendra le traitement.

L'émulsion forte sera employée en l'absence de manifestations pulmonaires évolutives.

On pratiquera une injection tous les 4 jours aux doses croissantes : $1/4$, $1/2$, $3/4$, 1 cc., 2 cc., jusqu'à la 6^e injection, en ne dépassant pas la dose de 2 cc. Puis on laissera le malade au repos pendant 15 jours et on reprendra le traitement.

Il faut savoir que vers la 5^e ou 6^e injection, on peut observer des réactions assez violentes caractérisées par des mictions répétées, impérieuses et douloureuses, des urines purulentes et sanglantes. On suspendra alors le traitement, qu'on reprendra après la disparition de ces accidents.

c) *L'allergine de Jousset*, délivré sous deux concentrations : en ampoules de $1/2$ et de 1 cc., contenant 1 mgr. de corps microbiens par centimètre cube; en ampoules de 1 et de 5 cc., contenant 5 mgr. de corps microbiens par centimètre cube.

On fera d'abord une cuti-réaction, qui devra être positive. Ensuite on tâtera la susceptibilité du malade pour chercher la dose adéquate, variable avec chaque individu.

Cette dose adéquate sera celle qui sera suivie d'une réaction thermique franche, en clocher, à laquelle succédera une chute brutale de la température.

On commencera donc par 1/8 de cc., puis deux jours après 1/4, et 1/2 cc. Si l'on a après une injection une température qui monte en escalier et ne redescend pas franchement, c'est que la dose injectée est insuffisante. On passera donc aussitôt à la dose supérieure, jusqu'à ce qu'on ait un clocher franc autour de 39°, suivi d'une chute franche de la température.

On sera donc amené à augmenter assez rapidement les doses, surtout après 1 cc.

Les doses élevées seront assez souvent accompagnées de malaises très pénibles : nausées, constriction du thorax.

On pourra les éviter en désensibilisant le malade : on lui injectera la veille le 1/7 de la dose entière.

Les injections seront faites avec une seringue froide, la chaleur détruisant l'allergine.

D'autre part il faudra toujours s'assurer avant d'augmenter les doses, qu'il n'existe pas de foyers pulmonaires en évolution, que le malade ne présente pas de rhino-pharyngite ou de grippe, maladies anergisantes, en quel cas il faudrait suspendre le traitement.

Enfin, il faudra toujours que les lésions auxquelles on s'attaque puisse se drainer convenablement, pour éviter une rétention de pus, qui serait extrêmement fâcheuse.

Car les injections d'allergine sont souvent suivies d'une recrudescence de la pyurie, et quelquefois même d'hématurie, qu'il ne faut pas interpréter comme un signe de gravité mais comme une réaction focale.

B. — TRAITEMENT DES COMPLICATIONS EXTRA-URINAIRES

Nous envisagerons :

- a) Les lésions pulmonaires.
- b) Les lésions génitales.
- c) Les lésions ostéo-articulaires.
- d) Les lésions péritonéales.

A. — LÉSIONS PULMONAIRES.

Ce sera évidemment l'œuvre du spécialiste. Mais rien ne s'opposera à ce qu'on continue la thérapeutique en vigueur avant l'intervention : pneumothorax. (cf. observation n° 23), ou qu'on en institue une nouvelle : pneumothorax, phrénicectomie, section de brides, etc...

B. — LÉSIONS GÉNITALES.

Il faudra, comme nous l'avons déjà vu, le plus souvent intervenir chirurgicalement, et pratiquer l'épididymectomie unie ou bilatérale à l'anesthésie locale. On supprimera ainsi un foyer tuberculeux,

qui souvent entretient une cystite bacillaire rebelle à tous les autres traitements.

C. — LÉSIONS OSTÉO-ARTICULAIRES.

Il est rare d'observer un réveil des lésions guéries au moment de la néphrectomie, mais on peut par contre dans la suite voir apparaître une localisation ostéo-articulaire : tumeur blanche du genou, mal de Pott, coxalgie.

Leur traitement ne sera pas différent des lésions ostéo-articulaires évoluant chez un individu indemne de tuberculose rénale : immobilisation plâtrée, cure héliο-marine.

L'allergine de Jousset nous a donné des résultats intéressants (cf. observations n^{os} 40, 49).

D. — LÉSIONS PÉRITONÉALES.

Là non plus le traitement ne sera pas différent : cure héliο-marine, rayons ultra-violets, etc...

C. — TRAITEMENT DES COMPLICATIONS URINAIRES

Sans revenir sur les points de technique des soins pré et post-opératoires, nous envisagerons le traitement :

- a) de la tuberculisation de la plaie;
- b) de la fistule lombaire simple;
- c) de la fistule lombaire urinaire;
- d) des complications uréthrales;
- e) des cystites.

A. — TUBERCULISATION DE LA PLAIE.

Nous avons vu qu'en présence d'une température qui s'élève vers le troisième jour pour se maintenir en plateau entre 39 et 40, alors qu'un examen complet de tous les organes ne donne pas la raison de cette température, il faut désunir la plaie même si elle paraît satisfaisante. Le traitement sera le même que celui des fistules : nitrater largement la plaie, panser à plat et veiller à ce que la cicatrisation se fasse de la profondeur vers la périphérie.

On pourra aussi conseiller les R.U.V. qui seront un excellent adjuvant de la cicatrisation et de la reprise de l'état général.

B. — FISTULE LOMBAIRE SIMPLE.

On cautérisera au moyen du nitrate d'argent le ou les trajets fistuleux pendant quelques minutes, ce qui suffira en cas d'un trajet peu important. Si le trajet est plus important, on laissera le crayon de nitrate à demeure, il se formera ainsi une eschare, qu'on retirera quelques jours après.

On renouvellera cette manœuvre autant qu'il sera nécessaire. Mais il faut savoir que la réaction causée par le nitrate est souvent très douloureuse. Il sera donc bon de faire précéder cette cautérisation d'une injection de morphine, et de protéger le pourtour de la plaie au moyen d'un corps gras, pour éviter la vésication due au nitrate.

C. — FISTULE LOMBAIRE URINAIRE.

Pour éviter le reflux de l'urine par la plaie lombaire, il faudra souvent laisser une sonde vésicale à demeure pendant quelques jours et à plusieurs reprises.

Il faudra aussi nitrater la fistule, mais dans ce cas, il ne faudra pas oublier que le moignon urétéral reste perméable, et que le nitrate pourra provoquer des phénomènes d'irritation, particulièrement fréquents dans les vessies tuberculeuses, intolérantes au nitrate d'argent.

En conséquence, il ne faudra nitrater la fistule qu'à vessie pleine, ou après l'avoir remplie de sérum isotonique.

Ce n'est que dans les cas exceptionnels qu'on sera amené à envisager l'urétérectomie : intervention toujours délicate et shockante, parce que nécessitant de grands délabrements pour un résultat souvent hypothétique.

D. — COMPLICATIONS URÉTHRALES.

En cas de rétrécissement, il faudra pratiquer de nombreuses séances de dilatation, d'ailleurs souvent très difficiles. Elles s'accompagnent fréquemment de phénomènes généraux impressionnants : syncope, hyperthermie, hémorragies, rétention vésicale.

Ces séances de dilatation ne seront pas tant faites pour augmenter le calibre de l'urèthre, que pour l'entretenir.

E. — COMPLICATIONS VÉSICALES.

1° Cystites à germes banaux.

2° Cystites bacillaires.

Traitement des complications vésicales

1° CYSTITES A GERMES BANAUX

Il faudra d'abord éliminer le trouble dû aux urates ou aux phosphates. Il suffira pour cela de prélever les urines à la sonde, le trouble n'apparaissant qu'au repos et au froid, ou encore d'ajouter soit de l'acide acétique qui élimine le trouble dû aux phosphates, soit de la lessive de soude qui élimine le trouble dû à l'acide urique.

L'examen des urines montrera souvent l'existence de colibacilles.

Il faudra chez ces malades :

— prescrire un régime alimentaire aussi peu toxique que possible;

— instituer un traitement médicamenteux diminuant la toxicité du contenu intestinal, et assurer son évacuation de la façon la plus régulière possible;

— d'autre part désinfecter les voies urinaires, en modifiant les urines de façon à les rendre aussi peu irritantes que possible.

1° En les rendant abondantes par l'absorption de boissons et de tisanes diurétiques.

2° En modifiant leur pH.

Si elles sont acides, on les rendra alcalines par l'ingestion de bicarbonate de soude à la dose de 5 à 8 gr. par jour, ou d'eaux minérales : Vichy, Pougues, Vals.

Si elles sont alcalines, on les rendra acides au moyen de l'acide benzoïque ou de l'acide phosphorique : formule de Joulie, Phosoforme.

3^e En luttant contre le germe incriminé : colibacille le plus souvent.

4^e Grâce au traitement local qui consistera en lavages de vessie. Ces lavages seront faits à la seringue et non au bock, qui ne permet pas bien de doser ni l'intensité du jet, ni la quantité du liquide injecté, toujours par l'intermédiaire d'une sonde et non par l'intermédiaire direct du canal, la projection du liquide étant mal réglée et son évacuation nécessitant un effort de la vessie.

Les solutions employées seront le nitrate d'argent à 1/1.000 ou à 1/500, l'oxycyanure de mercure à 1/4.000.

On veillera pendant le lavage à ce que la vessie ne soit pas mise en tension, et à ce que le liquide ne revienne pas en totalité avant de recommencer l'injection, pour éviter que la vessie ne se contracte sur la sonde.

Enfin on poursuivra le lavage, jusqu'à ce que le lavage revienne complètement limpide.

Si les troubles persistaient, on pourrait essayer les instillations de nitrate d'argent à un taux plus élevé.

Il faut du reste savoir que cette cystite s'est dé-

veloppée dans une vessie, qui, si elle ne l'est plus, a été atteinte par le processus bacillaire, et que les vessies tuberculeuses sont souvent intolérantes au nitrate d'argent.

On aura donc avantage le plus souvent à user d'un traitement anticolibacillaire per os : vaccins et surtout le Mandélium, qui donne de très beaux résultats dans les infections à colibacilles, et de se contenter pour le traitement local, de lavages de vessie peu irritants, suivis d'instillations de bleu dunacainé.

2° CYSTITES BACILLAIRES

Nous envisagerons :

A. — Le traitement général.

B. — Le traitement local.

C. — Le traitement chirurgical.

A. — TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Principe absolu : ne jamais donner d'antiseptiques urinaux, type uroformine qui aggravent les lésions et exposent à des hématuries. Se contenter de prescrire le bleu de méthylène par la bouche, ou un de ses succédanés.

B. — TRAITEMENT LOCAL.

Toutes les lésions vésicales sont justiciables du même traitement local.

Deux catégories de traitements :

1° Traitement chimique.

2° Traitement par les agents physiques.

1° *Traitement chimique.*

a) Instillations d'huile : phéniquée à 5 ou 10%, goménolée à 5 %, iodoformée gaïacolée à la dose de 5 cc. tous les 2 ou 3 jours, en recommandant aux malades d'arrêter le jet au moment de la miction, quand l'huile commence à apparaître.

b) Les lavages avec une solution à 5 % d'acide phéniqué, dans de l'eau additionnée de glycérine (méthode de Rovsing).

Les lavages sont faits avec la solution chaude, sans mettre la vessie en tension et jusqu'à ce que le liquide revienne clair.

Les douleurs consécutives sont très violentes et s'accompagnent de l'expulsion de débris vésicaux.

c) Enfin le traitement de choix, qui est constitué par les instillations de bleu de méthylène, soit pur, soit additionné de cocaïne ou de novocaïne, ou enfin, et c'est la combinaison qui nous a donné les meilleurs résultats, additionné de Dunacaïne.

Il y a quelques années, quand on commença à essayer cette thérapeutique, on utilisait une solution de bleu de méthylène à 1 %.

Mais les instillations étaient souvent difficiles à supporter, le bleu contenant des impuretés qui irritaient la vessie.

C'est pour remédier à cet inconvénient qu'on eut l'idée d'y adjoindre un anesthésique par contact.

On utilisa donc ensuite un mélange : bleu de méthylène 1 %, cocaïne 4 %.

Mais la toxicité de la cocaïne fut responsable d'un certain nombre d'accidents survenus à la suite d'ins-

tillations de ce mélange. On la remplaça donc par un produit moins toxique certes, mais aussi moins bon anesthésiant : la novocaïne.

Enfin, depuis quelques années, on peut se procurer des solutions pures de bleu de méthylène, qui, même sans adjonction d'anesthésique, sont parfaitement tolérées par la vessie..

Depuis deux ans, nous employons une solution ainsi composée :

Bleu de méthylène 1 %

Dunacaïne 2 %

Nous avons remplacé la novocaïne par un meilleur anesthésiant, qui a sur la cocaïne l'avantage d'une toxicité beaucoup moins grande.

Quelle est la raison d'être de cet anesthésiant, puisque maintenant les solutions de bleu sont généralement bien tolérées ?

C'est que l'anesthésiant par contact, en diminuant l'irritabilité de la muqueuse vésicale, va augmenter la capacité de la vessie et permettre au malade de conserver l'instillation pendant un temps plus long.

L'action cicatrisante du bleu sur la vessie se trouvera donc prolongée.

Le bleu de méthylène paraît agir : d'abord comme antiseptique, et aussi en diminuant l'élément congestif. L'œdème se résorbe, et finit par disparaître. La muqueuse vésicale prend ensuite un aspect simplement hyperhémie et redevient normale.

Le bleu agit donc particulièrement sur les granulations, l'œdème, l'aspect ecchymotique de la vessie.

Mais son action de prédilection semble surtout s'exercer sur les ulcérations vésicales.

En effet, si l'on examine à la cystoscopie une vessie, qui a reçu quelques jours avant une instillation de bleu, on verra que seules les ulcérations seront colorées, alors que le reste de la muqueuse a repris sa coloration antérieure.

Si l'on suit périodiquement à la cystoscopie les effets de ces instillations, on remarque que la muqueuse passe en sens inverse par les stades où elle était passée au cours du développement de la tuberculose rénale.

A tous les malades qui présentaient avant la néphrectomie de la pollakiurie, de la douleur à la miction, nous faisons une série d'instillations de bleu dunacaïné, quelques jours avant l'intervention.

Suivant la tolérance de la vessie, l'instillation est de 10 ou 15 cc. d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, enfin tous les trois jours. On recommande au malade de ne rien boire dans les heures qui précèdent l'instillation, puis on vide la vessie de son urine.

Quand il y a une pyurie abondante, on fera préalablement un lavage très doux.

A ce propos, nous ne pouvons passer sous silence l'excellente préparation que constituent les instillations de bleu dunacaïné avant la néphrectomie, c'est-à-dire même avant tout essai de cathétérisme urétéral.

Si l'on est en présence d'un malade ayant une capacité vésicale très réduite, quelques cmc. seulement,

ou d'un malade ayant une abondante polyurie, on commencera par faire des instillations de 10 cc. tous les jours, puis de 15 cc. tous les jours et ensuite tous les deux jours.

Il est rare qu'après la 6^e ou 7^e instillation, la capacité vésicale ne soit passée à 80 ou 100 cc., en même temps que la fréquence est passée de quelques minutes à 1 h. ou 1 h. 1/2.

Grâce à cette préparation de la vessie, nous n'avons eu en 7 ans qu'un seul échec de cathétérisme pour tuberculose rénale.

Mais nous devons signaler le danger qu'elle peut constituer : en effet, le malade qui urine maintenant suivant un rythme normal ou presque normal, et qui ne souffre plus à la miction, se croit définitivement guéri et s'en tient à ce traitement, pendant que la lésion rénale continue à évoluer.

D'où la nécessité de pouvoir surveiller attentivement tous ces malades et de leur faire comprendre le danger qu'ils courent en différant ou en refusant l'intervention.

D'autre part, il faudra quelquefois continuer pendant très longtemps ces instillations, en les faisant alterner avec des instillations d'huile phéniquée ou goménolée.

Ce traitement prolongé, qui agit évidemment beaucoup moins sur les bourgeons charnus et sur les nappes de cystite nacrée, n'en est pas moins très important, car c'est lui qui va préparer la voie à l'étincelage, en supprimant les autres lésions locales

et en diminuant la surface des ulcérations, qui seront alors justiciables de l'étincelage à haute fréquence.

2° Traitement par les agents physiques.

C'est l'étincelage à haute fréquence.

On peut le faire :

— avec le cystoscope, quand il s'agira d'étinceler les lésions des parois vésicales.

— avec l'uréthrocystoscope, quand on voudra étinceler les lésions du col.

On emploiera comme anesthésie :

— la butelline ou la dunacaïne vésicales;

— plus rarement la rachianesthésie.

Comme nous l'avons vu plus haut, on ne pratiquera l'étincelage qu'après avoir ramené les lésions en quelques points bien localisés.

Il n'est donc pas question de faire un étincelage en cas de cystite bacillaire étendue.

On s'attaquera donc à une ulcération, à un bourgeon charnu, à une zone d'œdème, à un point saignant.

D'où la nécessité, dans un premier temps, d'avoir remis la vessie en état avec les instillations de bleu dunacaïné.

Il sera préférable de traiter à fond une zone bien délimitée, qui restera définitivement guérie, que de faire un étincelage insuffisant sur une trop grande surface. De plus, en étincelant une lésion trop étendue, on s'exposerait à des accidents de réaction locale importants, nouvelle source d'ennuis pour le malade.

C. — TRAITEMENT CHIRURGICAL.

1° La cystostomie.

2° L'uretérostomie cutanée.

3° La néphrostomie.

1° *La cystostomie.*

On ne sera autorisé à la pratiquer, que s'il n'existe pas de reflux vésico-urétéral.

Elle a, avec la néphrostomie, l'avantage tout théorique, de pouvoir permettre le rétablissement fonctionnel normal des voies urinaires. Mais elle est très difficile à faire, même sous rachianesthésie, et sur béniqué, les parois vésicales étant tellement rétractées qu'on a souvent à peine la place de placer le capuchon de la sonde de Pezzer.

De plus, la sonde, qui joue le rôle de corps étranger, irrite la vessie et est souvent très mal supportée.

Enfin, les lavages biquotidiens, qu'on est obligé de faire, sont horriblement douloureux.

2° *L'uretérostomie cutanée.*

C'est des trois interventions celle qui serait, tout au moins théoriquement, la plus satisfaisante.

En effet, elle supprime tout apport d'urine dans la vessie.

— Elle ne constitue pas, comme la cystostomie, la présence d'un corps étranger dans la vessie, irritant une vessie déjà en très mauvais état. Mais elle est définitive, et supprime tout espoir de rétablir un jour un fonctionnement normal des voies urinaires.

De plus, même avec un uretère souple, bien amar-

ré, avec les soins post-opératoires les plus soigneux, il est habituel qu'on ait dans la suite des fistules multiples, soit du moignon inférieur, soit du moignon supérieur.

Très souvent aussi, on obtient en peu de semaines, une tuberculisation de la plaie, avec de nombreux orifices anfractueux et incontinents. On ne sait donc plus dans quel orifice placer la sonde, si bien que le malade baigne perpétuellement dans son urine, ce qui rend la vie impossible non seulement au patient, mais encore à son entourage, qui doit continuellement lui donner des soins et le changer.

3° *La néphrostomie.*

Elle ne tirera ses indications que des contre-indications de l'uretérostomie cutanée.

Car : elle lèse toujours plus ou moins le rein en provoquant une diminution du parenchyme, dans un organe incapable de l'hypertrophie compensatrice.

— L'infection toujours à craindre après dérivation haute des urines est alors particulièrement redoutable.

— L'appareil de néphrostomie, forcément dorsal, ne pourra ni être placé, ni être nettoyé par le malade.

Théoriquement, elle aurait sur l'uretérostomie l'avantage de pouvoir permettre le rétablissement du cours normal des urines, mais pour être correcte, la néphrostomie doit s'accompagner nécessairement de section de l'uretère : le passage de quelques gouttes d'urine suffisant à rappeler le ténesme.

De plus, elle est presque toujours suivie de tuberculisation secondaire de la plaie, si bien qu'une fois le trajet perdu, toutes les tentatives pour remplacer le drain deviennent quasi-impossibles, et s'accompagnent si l'on insiste, de douleurs très violentes et d'hémorragies abondantes. Comme nous venons de le voir, ces trois interventions, surtout les deux dernières, amènent assez rapidement le malade à un état de déchéance vraiment très pénible. Il faut donc éviter à tout prix d'en arriver là. Ce n'est qu'au prix d'un traitement local continu qu'on arrivera à ce résultat.

Il semble qu'actuellement, avec les solutions de bleu dunacaïné dont nous disposons, cette éventualité devienne **de plus en plus rare**.

En effet, sous l'influence de ces instillations journalières, les douleurs diminuent notablement, pour devenir tout au plus supportables, même à la période terminale de l'affection.

OBSERVATIONS

Premier groupe

Malades chez qui les signes de cystite ont disparu complètement et définitivement après la néphrectomie.

OBS. 1. — Mlle Cou...

Examen le 27 mai 1937.

Début par douleurs à la fin de la miction. Fréquence diurne : 1/2 heure ; nocturne : 3 à 4 heures ; urine pâle, trouble. Cystoscopie : œdème bulleux et ulcération du sommet ; bourgeons autour de l'orifice urétéral gauche.

Division : Tuberculose du rein gauche.

17 juin 1937 : Néphrectomie gauche. Opérateur Dr Falaize. Schleich. Deux cavernes du pôle supérieur. Suites parfaites.

OBS. 2. — Mme Dou, 56 ans.

3 mars 1939. — Cystite depuis quelques mois, fréquence diurne : 1 heure ; nocturne : 6 fois.

Cystoscopie : ulcérations, autour de l'orifice urétéral gauche.

Cathétérisme : Tuberculose du rein gauche.

14 mars 1939. — Néphrectomie gauche. Opérateur Dr Falaize. Schleich : section première de l'uretère épais et adhérent.

En 48 heures, la fréquence tombe à 2 heures le jour ; deux fois la nuit.

Etat parfait.

OBS. 3. — Mlle Dur..., 30 ans.

7 mai 1934. — Début il y a deux mois par une douleur à la fin de la miction. Quelquefois légère hématurie.

Antécédents : synovite bacillaire de la main, coxalgie, péritonite bacillaire. Tous accidents entièrement guéris alors.

Urine tuberculeuse typique. Cystoscopie : orifice urétéral gauche : rouge. Orifice droit, sain. Division : tuberculose du rein gauche.

Néphrectomie gauche. Opérateur Dr Falaize, Schleich : cavernes au pôle supérieur, uretère doublé de volume.

Suites excellentes.

OBS. 4. — Mme Ech..., 49 ans.

Souffre depuis 4 ans. Fréquence diurne et nocturne : une heure au maximum.

Œdèmes : insuffisance cardiaque, urée sanguine : 0,38.

Division : Tuberculose du rein droit.

Néphrectomie droite le 10 octobre 1933. Opérateur, Dr Falaize. Rachis : rein énorme bosselé, uretère cartonné, la ligature du pédicule lâche ; on tamponne, puis on laisse un clamp à demeure quatre jours obligeant la malade à se tenir sur le côté gauche, d'où eschare comme la paume de la main sous le trochanter gauche.

Les suites sont très bonnes.

OBS. 5. — M. Hah..., 25 ans.

5 mai 1937. — Début par une vive douleur dans le flanc droit

Fréquence diurne : trois à quatre fois ; nocturne : une à trois fois.

Urines acides, savonneuses. Cystoscopie : œdème bulleux de l'orifice urétéral droit.

Division : Tuberculose du rein droit.

19 mai 1937. — Néphrectomie droite. Opérateur, Dr Falaize. Schleich : suites parfaites.

OBS. 6. — Mme H...

Début il y a 4 ans, par brûlure du vagin, soulagée par la miction, et accompagnée d'une hématurie terminale.

Fréquence diurne et nocturne : dix à vingt fois.

Cystoscopie : l'orifice urétéral droit est sain ; l'orifice gauche n'est pas très nettement distingué. Au-dessus, on voit une vaste ulcération grisâtre profonde.

Pyélographie : Rein gauche pyonéphrotique. Laboratoire : B.K.

Division : Rein droit sain.

Néphrectomie gauche 9 décembre. — Opérateur Dr Falaize. Schleich : gros rein détruit, bosselé, uretère souple. Suites parfaites.

OBS. 7. — M. H..., 50 ans.

12 décembre 1933. — Souffre à la miction. Antécédents : opéré en 1916 d'une « orchite qui n'en était pas une ».

Actuellement : fréquence diurne et nocturne : une heure.

Cystoscopie : lésions diffuses avec rougeur vive et ulcérations.

Orifice urétéral droit sain ; orifice gauche béant, cartonné.

Laboratoire : Tuberculose du rein gauche.

16 décembre 1933. — Néphrectomie gauche. Opérateur Dr Falaize. Rachi.

La fréquence tombe aussitôt à une fois par nuit et quatre ou cinq fois pendant le jour. Octobre 1934 : revu en parfait état.

OBS. 8. — M. Per..., 29 ans.

12 novembre 1934. — Souffre beaucoup à la fin de la miction. A fait une hématurie en 1926.

Actuellement : fréquence diurne : deux à trois heures ; nocturne : une fois ; urine trouble.

Toucher rectal : légère prostatite ; lobe droit dur.

Laboratoire : Tuberculose du rein droit.

Néphrectomie droite. Opérateur Dr Falaize. Schleich.

Sort le neuvième jour. Revient cicatrisé le quatorzième.

OBS. 9. — Mlle Pav..., 24 ans.

26 août 1932. — Depuis 15 jours, douleurs à la fin de la miction.

Fréquence diurne : huit fois ; nocturne : cinq à huit fois ; urines pâles et troubles.

Cystoscopie : vessie rouge avec des flocons de pus.

31 août 1932. — Néphrectomie gauche : rein avec des cavernes purulentes et les lésions papillaires récentes. Opérateur : Dr Falaize. Schleich.

8 octobre 1932. — Fréquence diurne : trois fois ; nocturne : 0.

26 novembre 1932. — A repris 10 kg. depuis l'intervention.

Mai 1933. — Demande l'autorisation de se marier. A fait des crises hépatiques dues à des excès de table.

OBS. 10. — Mme Lav..., 29 ans.

11 juillet 1933. — Depuis 2 mois, douleur au niveau des reins et de la vessie.

Actuellement : crises très violentes avec 39°5.

Fréquence diurne et nocturne : 1/4 d'heure pendant les crises et une heure le jour ; trois fois la nuit en dehors des crises.

Antécédents : pleurésie sérofibrineuse il y a 2 ans.

Cystoscopie : orifice gauche œdémateux ; éjaculation purulente.

Laboratoire : Tuberculose du rein gauche, non compensée par le rein droit.

Traitement : instillations de bleu cocaïné. Antigène.

Octobre. — Grande amélioration. Jour : cinq fois ; nuit : 0.

Laboratoire : le rein droit compense.

2 novembre 1933. — Néphrectomie gauche. Opérateur : Dr Falaize. Schleich : trois cavernes au pôle supérieur ; uretère doublé de volume ; cicatrisée le quatorzième jour.

25 février 1935. — Après gibier et œufs : gêne lombaire et urines colibacillaires, pollakiurie. 1938 : va très bien.

OBS. 11. — M. Pic...

18 mai 1933. — Douleur à la fin de la miction depuis 3 semaines.

Fréquence diurne : une à trois heures ; nocturne : une ou deux fois.

Urines pâles et troubles ; pus amicrobien.

Bourses : noyau de la tête de l'épididyme gauche.

Testicule droit : atrophié.

Antécédents : réformé 40 % pour mal de Pott.

Cystoscopie : méat urétéral gauche œdémateux ; éjaculation louche.

Ulcérations du sommet.

Cathétérisme fait à Paris : rien à signaler.

23 novembre 1933. — A fait quelques hématuries en août ; la fréquence est passée à : 1/2 heure à 2 heures pour le jour et à 2 heures la nuit.

Cystoscopie : même aspect, avec taches ecchymotiques autour du méat gauche.

Cathétérisme : tuberculose du rein gauche.

14 décembre. — Néphrectomie gauche. Opérateur : Dr Falaize. Rachi. : très gros rein bosselé, dégagé très difficilement en raison d'une périnéphrite importante. En voulant libérer le pôle supérieur, ouverture d'une poche purulente.

Suites parfaites.

Revu le 26 mars 1934 : a grossi de 8 kg.

OBS. 12. — Mme Pin..., 60 ans.

27 avril 1936. — Souffre depuis 5 mois à la miction.

Fréquence diurne : 1 heure ; nocturne 1 à 2 heures.

Cystoscopie : vaste ulcération de l'orifice urétéral gauche ; malgré cela éjaculation quasi-limpide à gauche, et sanglante à droite.

Cathétérisme : tuberculose du rein droit. Rein gauche sain.

Néphrectomie droite. Opérateur Dr Falaize. Schleich.

Suites parfaites.

OBS. 13. — Mr Rou..., 42 ans.

Depuis 8 mois. Fréquence diurne : 1 heure ; nocturne : cinq à six fois, avec picotements dans la verge. Urines troubles et pâles. prostate un peu dure à gauche.

Cystoscopie : œdème autour de l'orifice urétéral droit. béant, avec éjaculation purulente et ulcération susjacente.

Cathétérisme : tuberculose du rein droit.

22 septembre 1934. — Néphrectomie droite. Opérateur : Dr Falaize. Rachi. : très gros rein engainé de périnéphrite, uretère gros comme l'index.

Suites très bonnes.

OBS. 14. — M. Rous...

23 juillet 1934. — Depuis janvier 33 signes de cystite, étiquetée cystite banale, et traitée par le nitrate d'argent sans résultat.

A ce moment, le laboratoire indique la présence de B.K. dans les urines.

Actuellement : fréquence diurne et nocturne : 1/2 h.

Cathétérisme : tuberculose du rein droit.

Néphrectomie droite. Opérateur : Dr Falaize. Rachis : gros rein réduit à une poche purulente, avec un uretère gros comme le petit doigt.

Sort de clinique le dixième jour ; se promène dans la rue le quinzième jour.

Revu en janvier 1935 : très bon état qui persiste.

Deuxième groupe

Malades dont l'état a nécessité des soins locaux ou généraux après la néphrectomie.

OBS. 15. — M. Bar..., 17 ans.

Hémophile opéré pour tuberculose du rein gauche le 30 juin 1930.

Large suppuration de la loge rénale, puis apparition de deux fistules en même temps que persistaient la fréquence des mictions et la douleur.

Traitement : nitrate d'argent dans les trajets fistuleux, instillations de bleu. Antigène.

14 mai 1932. — Les fistules persistent toujours ; la vessie améliorée mise à plat et étincelage de l'uretère tuberculeux.

2 juillet. — Très bon bourgeonnement ; plaie de 5 cm. sur 1/2 cm.

4 avril 1933. — Nettoyage parfait, mais il reste deux trajets très longs.

Aurait eu des hématuries avec caillots, à la suite d'excès et de fatigue.

Avril 1935. — Revu après un séjour de 18 mois à Paris et de 6 mois à Saint-Maurice. Fistule de 30 cm. ; crayon de nitrate à demeure.

Résultat nul jusqu'en août ; puis se cicatrise progressivement et définitivement sans nouveau traitement.

Janvier 1939. — Très bonnes nouvelles. S'est marié.

OBS. 16. — M. Bar...

28 décembre 1935. — Depuis 15 jours, signes de cystite. A fait tous les 5 ans, depuis 20 ans, des crises de coliques néphrétiques toutes à droite.

Hématurie l'an dernier.

A fait, il y a quelques semaines, des troubles oculaires étiquetés : rétinite brightique ; urée sanguine : 0,40. Constante d'Ambard : 0,13. T.A. : 20-12. Laboratoire : oxalates et pus amicrobien dans l'urine.

Pyélographie : calcul possible de l'uretère gauche. Déviation urétérale accentuée ; image pyélique très suspecte.

Le rein suspect concentrant deux fois moins et éliminant deux fois plus, il est impossible de l'enlever.

31 janvier 1936. — Intervention sur lettre du Pr Marion.

Décapsulation et ouverture de trois abcès corticaux ; aucun signe de tuberculose.

10 mars 1936. — Urée sanguine : 0,38. Constante : 0,06.

Amélioration considérable au point de vue fonctionnel et au point de vue oculaire ; mais apparition de B.K. dans l'urine.

11 mai 1936. — Néphrectomie gauche. Opérateur : Dr Falaize. Schleich.

Suites excellentes, mais, de temps à autre, quelques brûlures vésicales : fait ensuite des troubles oculaires en rapport avec son hypertension.

Fin juillet. — Après des signes d'irritation vésicale très marqués, avec des urines claires, fait une péritonite bacillaire.

Va à Briançon en novembre 1936.

Bloque son rein droit, en même temps que sa tension remonte considérablement.

Reprise des incidents péritonéaux en 1937 après une intervention pour hernie, mais ne durent que 3 semaines. Va bien depuis.

OBS. 17. — M. Beau..., 40 ans.

30 mars 1938. — Cystite en octobre 1937, qui dure 3 semaines. Depuis 1 mois, fréquence diurne : 1/2 h.; nocturne : 1 heure.

Cystoscopie : lésions très nettes à droite ; le bourrelet urétéral fait une saillie tendue ; l'orifice gauche est sain.

Cathétérisme : tuberculose du rein droit.

9 avril 1938. — Néphrectomie droite. Opérateur : Dr Falaize. Rachi. : gros rein bosselé ; gros uretère ; résection de la 12^e côte.

Il persiste une fistule de 5 cm., qui mène sur la côte. L'urine est encore trouble.

Traitement : nitrate dans la fistule ; instillations de bleu dunacaïné. Antigène.

20 septembre 1938. — Petit pertuis de 1 cm. Fréquence nocturne : 1 h. 1/2 ; diurne : 1 heure ; urine moirée ; colibacilles.

Traitement : Phosoforme et Mandélium.

15 novembre 1938. — Jour : 1/2 h. à 1 heure ; nuit : 1/2 heure.

Cystoscopie : ulcération du sommet. Etincelage.

11 janvier 1939. — Enorme amélioration des signes fonctionnels.

Cystoscopie : il reste un gros débris à éliminer et un peu d'œdème bulleux au pourtour de l'ancienne ulcération.

Février 1939. — Epididymite bacillaire gauche, opérée ; on poursuit le Bleu vésical.

OBS. 18. — M. Bell..., 29 ans.

4 décembre 1937. — Début il y a un an par brûlure à la fin de la miction avec hématurie terminale. Fréquence nocturne : trois à quatre fois ; diurne : 1 heure.

Cystoscopie : capacité : 30 gr. Signes de cystite intense. L'orifice urétéral droit est en bordure de l'œdème ; le gauche invisible.

Laboratoire : Tuberculose du rein gauche ; mais le rein droit concentre trois fois moins que le gauche. Mis au Bleu dunacainé.

19 février 1938. — Le rein droit compense.

1^{er} mars 1938. — Néphrectomie gauche difficile. Opérateur : Dr Falaize. Schleich : malade obèse, abord difficile, pédicule court, section première de l'uretère.

30 mars 1938. — Tuberculisation secondaire de la plaie ; mise à plat ; nitrate d'argent ; instillations de bleu dunacainé ; de nitrate d'argent et d'huile goménolée.

1^{er} mars 1939. — Plaie presque complètement cicatrisée ; grosse amélioration des signes fonctionnels.

OBS. 19. — M. Be..., 37 ans.

20 janvier 1937. — Début des troubles actuels par des douleurs rénales.

Une radiographie faite à G... montre l'existence de deux calculs à gauche.

Les douleurs disparaissent alors, mais reparaissent il y a un mois en même temps que les mictions deviennent incessantes.

Cystoscopie : cystite tuberculeuse typique : orifice urétéral gauche en cul-de-four. ,

Cathétérisme : tuberculose du rein gauche.

Néphrectomie gauche le 3 février 1937. Opérateur : Dr Falaize. Rachi. Il n'y a pas de calculs, mais deux concrétions calcaires. Suites excellentes.

Février 1939. — Epididymectomie pour épididymite tuberculeuse.

OBS. 20. — M. Bill...

8 avril 1932. — Uréthrotomie en janvier 1932, à la suite de laquelle coliques néphrétiques ; actuellement : douleur à la miction, pyurie.

Fréquence diurne : 1 heure ; nocturne : 1 heure à 2 heures.

Noyau épididymaire droit. Laboratoire : urines purulentes, sans B.K.

Inoculation au cobaye : ganglions tuberculeux au lieu d'inoculation.

Cystoscopie : vessie rouge, méat droit dans un léger œdème, méat gauche noyé dans une zone d'œdème bulbeux pseudopolypeux considérable.

Diagnostic : tuberculose du rein gauche ou calcul urétéral intramural.

Traitement : lavements de laudanum. Instillations de bleu cocaïné.

14 juillet 1932. — Dysurie moindre. Fréquence diurne et nocturne : 3 heures.

18 juillet 1932. — Radiographie : pas de calcul.

Division : pus amicrobien. Le rein gauche concentre le tiers du rein droit.

Conclusion : Tuberculose du rein gauche.

27 juillet 1932. — Néphrectomie gauche : cavernes, granulations papillaires et pyéliquies récentes. Opérateur : Dr Falaize. Schleich.

18 août 1932. — Gros hématome de la loge rénale, avec température oscillante 37°-40°. On l'évacue. Sort le 4 septembre 1932 presque cicatrisé.

15 mai 1934. — Epididymite bacillaire ; castration droite.

5 novembre 1936. — Revu en très bon état.

OBS. 21. — M. Blan...

4 juin 1937. — Début il y a un an, par une violente crise douloureuse dans le flanc droit ; nouvelle crise en décembre. Son médecin fait le diagnostic de calcul migrateur. En mars, nouvelle crise, et depuis, dysurie et pollakiurie. Jour : trente à quarante fois ; nuit : vingt fois.

A fait depuis deux hématuries.

Cystoscopie : œdème accentué autour de l'orifice urétéral gauche, avec fausses membranes.

Laboratoire : pus amicrobien.

Instillations de bleu dunacaïne, avant le cathétérisme.

12 juin 1937. — Cathétérisme : tuberculose du rein droit.

Néphrectomie droite. Opérateur : Dr Falaize. Rachi. : gros rein bosselé ; uretère énorme et dur ; rein détruit ; section première de l'uretère.

3 septembre 1937. — Plaie cicatrisée, mais la fréquence est : jour : 1 h. 1/4 ; nuit : 1 h. 1/2, avec parfois quelques gouttes de sang à la fin de la miction.

Traitement : instillations de bleu dunacaïne et allergine.

16 septembre 1937. — Cystoscopie : ulcération du plafond vers la droite.

L'allergine ne provoque aucune réaction.

15 décembre 1938. — Étincelage.

31 janvier 1938. — La fréquence est maintenant : jour : 1 h. 1/2 ; nuit : deux fois.

Fin février. — Deuxième étincelage.

21 mars. — Ulcération très diminuée. L'appétit et l'état général sont enfin devenus satisfaisants.

15 juin 1938. — Troisième étincelage.

15 novembre 1938. — Va très bien. Nuit : 3 heures ; jour : 2 heures.

OBS. 22. — M. Blas...

22 janvier 1938. — Depuis quelque temps, légères hématuries terminales, avec une sensation d'envie qui reprend. Fréquence diurne: cinq fois ; nocturne: trois fois.

Urine un peu trouble.

Cathétérisme : tuberculose du rein gauche.

29 janvier 1938. — Néphrectomie gauche. Opérateur : Dr Falaize. Schleich : rein bosselé, surtout au pôle supérieur. Tamponnement, car la ligature lâche.

24 février 1938. — Persistance de l'hématurie terminale, avec légère douleur.

Cystoscopie : à gauche, taches ecchymotiques et fausses membranes.

Instillations de bleu dunacaïné.

6 mai 1938. — L'hématurie terminale persiste toujours.

Cicatrisation à peu près parfaite ; la fréquence est : jour : cinq fois ; nuit 0.

23 mai 1938. — Etincelage.

18 juin 1938. — L'urine a été plus claire, mais le matin même : hématurie.

1^{er} juillet 1938. — Etincelage.

26 septembre 1938. — Etincelage.

13 janvier 1939. — Urine beaucoup plus claire.

Cystoscopie : La vessie ne saigne plus ; ulcération très limitée.

OBS. 23. — M. Bourg..., 17 ans.

Traité par pneumothorax pour tuberculose pulmonaire droite. Début des accidents urinaires actuels par des picotements à la fin de la miction.

Fréquence diurne : trois à quatre fois ; nocturne : 0.

Cystoscopie : tache ecchymotique du sommet. Dans la moitié gauche, lésions considérables, avec fausses membranes ; méat difficile à voir, sclérosé.

Cathétérisme : tuberculose du rein gauche, mais le rein droit ne compense pas.

5 décembre 1932. — Le rein droit débite et concentre deux fois plus que le gauche.

13 décembre 1932. — Néphrectomie gauche. Operateur : Dr Falaize, Schleich : abord facile d'un rein thoracique.

Fin janvier 1933. — Cicatrisation complète. A signaler paralysie radiale depuis l'intervention qui dure 3 mois.

26 juin 1933. — La fréquence diurne est de 10 fois. Nocturne : 0.

Se plaint d'un retrecissement du jet. Le canal admet difficilement le béniqué n° 14 et saigne.

Ensuite 18 séances de dilatation, dont 2 suivies de phénomènes généraux très violents.

En octobre 1938, rechute de tuberculose pulmonaire.

OBS. 24. — Mme Cai...

Opérée en 1929 : appendicite et hysteropexie. Hematurie il y a 4 ans. Etat général déplorable. Se plaint de douleurs dans le flanc droit et de brûlures à la fin de la miction. La fréquence diurne est : 1 heure. Nocturne : 6 à 7 fois.

Cystoscopie : ulcération du sommet. Œdème autour de l'orifice urétéral droit. Laboratoire : tuberculose du rein droit.

Opérateur : Dr Falaize, Schleich.

Néphrectomie droite : très gros rein lisse, sans périnéphrite, urètre comme un crayon. Instillation de bleu dunacainé, en raison de la pollakiurie et de la dysurie.

Revue 3 mois après en parfait état local et général.

OBS. 25. — M. Cat...

9 mai 1933. — Vient consulter en raison d'une albuminurie persistant depuis des années. Antécédents : pleurésie séro-fibrineuse en 1914.

Orchite droite en 1931, gauche en 1932 avec suppuration.

A droite, épидidymite bacillaire. A gauche, gros kyste de l'épididyme.

Cystoscopie : l'orifice urétéral droit est ecchymotique.

Laboratoire : tuberculose du rein droit.

Revient au bout de 18 mois de traitement homéopathique.

Opérateur : Dr Falaize. Schleich.

Néphrectomie droite le 15 décembre 1934 : gros rein bosselé, avec périnéphrite. Résection de la 12^e côte. Enormes lésions caverneuses et pyonéphrose. Hématome consécutif. Sort au 15^e jour en bon état.

17 décembre 1936. — Epididymite bilatérale.

1938. — A fait une hématurie avec signes de cystite, guéri par les instillations de bleu dunacaïné. Urine limpide.

Cystoscopie : orifice urétéral droit cicatriciel. Le droit est sain.

OBS. 26. — Mme Cle..., 40 ans.

Début en mai 1937 par coliques néphrétiques gauches.

Suivies de pollakiurie avec douleur à la fin de la miction.

En novembre 1937, à Limoges : B.K. dans les urines.

Suit ensuite un traitement homéopathique.

En septembre 1938 à l'hôpital.

Mictions incessantes allant jusqu'à l'incontinence.

Cystoscopie : cystite intense.

Le cathétérisme fait le 10 novembre 1938 libère à gauche une rétention de 30 cc. de pus.

18 novembre 1938. — Néphrectomie gauche : en attirant le rein au dehors, l'uretère se rompt.

Opérateur : Dr Falaize. Schleich.

La plaie se cicatrise difficilement, en même temps que persiste la pollakiurie.

Instillations de bleu dunacaïné. Nitrate d'argent dans la fistule.

Mars 1939. — La plaie est presque complètement cicatrisée. La fréquence est tombée à 2 h. jour et nuit, sans douleur.

OBS. 27. — M. Ch..., 29 ans.

Antécédents : pleurésie séro-fibrineuse à 8 et à 20 ans.

Séjour de 11 mois en sanatorium en 1918.

Néphrectomie en 1930. Opérateur : Dr Boulet.

1933 : a fait en janvier 1932 une épидидymite droite bacillaire fistulée, cicatrisée très rapidement.

Actuellement : fréquence diurne : 3 h. Nocturne : 0.

8 avril 1935 : gêne à la miction depuis 10 jours.

Fréquence diurne : 2 h. Nocturne : 3 fois. Urine claire.

Epididymite droite avec un petit noyau prostatique gauche.

9 mai 1935 : épидидymectomie bilatérale sur conseil du Professeur Marion.

24 juillet 1935 : très bon état. Fréquence diurne : une heure et demie. Nocturne : 4 à 6 sans douleur. Urines claires. Traitement : 3 instillations de bleu par semaine.

1937 : signes de cystite avec hématuries.

Cystoscopie : col bosselé, saignant.

L'orifice urétéral gauche est rond et béant, éjacule clair.

A droite sort un filet de pus.

Traitement : antigène. Instillations de bleu dunacaïné.

OBS. 28. — M. Ch., 50 ans.

Signes de cystite depuis quelques mois.

Actuellement : fréquence diurne et nocturne : un quart d'heure.

Urine pâle et savonneuse.

Cystoscopie : signes de cystite intense.

Cathétérisme : tuberculose du rein droit.

Néphrectomie droite le 20 janvier 1938.

Rein engainé de périnéphrite. Ligature première du pédicule. Un suintement abondant prolonge l'intervention. On en trouve l'origine sur le flanc de la veine cave qu'on pince latéralement. Ligature.

Les signes de cystite persistent pendant quelque temps.

Traitement : instillations de bleu dunacaïné alternées avec des instillations d'huile goménolée et phéniquée.

Mars 1939. — Fréquence diurne 3 h. Nuit : 2 fois sans douleur.

OBS. 29. — Mlle Da..., 30 ans.

20 septembre 1938. — Cystite à colibacilles succédant à une entérite, durant depuis deux mois. Fréquence diurne : 8 à 10 fois. Nocturne : 4 fois.

Urine pâle et grenue.

Cystoscopie : œdème bulleux à l'orifice urétéral gauche et quelques taches ecchymotiques.

Cathétérisme : tuberculose du rein gauche.

Opérateur : Dr Falaize. — Schleich.

29 septembre 1938 : Néphrectomie gauche : énormes cavernes : le tiers supérieur du rein est détruit.

27 octobre 1938 : il persiste une brûlure après la miction.

Fréquence diurne : 6 à 8 fois. Nocturne : une fois.

Cystoscopie : quelques taches ecchymotiques et ulcération du bas-fond.

Instillations de bleu dunacaïné.

Vessie guérie. Urine limpide.

OBS. 30. — Mme Del..., 33 ans.

Vient consulter parce que depuis 8 ans elle a des hématuries tous les 6 mois. Fréquence diurne : 5 fois. Nocturne : 1 fois.

Antécédents : coxalgie ancienne.

Urine pâle et grenue.

Cystoscopie : œdème autour de l'orifice urétéral gauche et granulations.

Cathétérisme : tuberculose du rein gauche.

Opérateur : Dr Falaisè — Schleich.

6 janvier 1938. — Néphrectomie gauche : rein presque normal, uretère un peu grès.

12 mars 1938 : persistent dysurie et picotements au moment de la miction.

Instillations de bleu dunacaïne.

30 juin : état parfait, urines limpides.

OBS. 31. — Mme Des..., 27 ans.

22 octobre 1936. — Douleur à la fin de la miction depuis trois semaines.

Fréquence : de un quart d'heure à 1 heure 1/2.

Cystoscopie : cystite hémorragique sans lésions urétrales.

On institue un traitement banal, quand le laboratoire indique la présence de B. K. dans l'urine.

Division : 3 reins probables; tuberculose du rein droit.

Opérateur : Dr Falaize. — Schleich.

Néphrectomie droite : il y a bien un rein double à droite.

Les lésions sont localisées au rein supérieur.

29 décembre 1936 : état parfait, mais il persiste une fistule de 5 cm.

Traitement : nitrate d'argent.

OBS. 32. — M. Dup..., 40 ans.

18 décembre 1937. — Castration droite à l'hôpital en juillet pour épидидymite bacillaire ; depuis ce moment : urine trouble et douleur au niveau du rein droit.

Fréquence diurne : 4 à 5 fois. Nocturne : 1 fois.

Cystoscopie : orifice urétéral droit entouré d'un paquet de granulations.

Cathétérisme : on libère à droite une rétention de 60 cc.

Laboratoire : tuberculose du rein droit.

Opérateur : Dr Falaize. — Schleich.

13 janvier 1938 : néphrectomie droite : ablation pénible d'un rein engainé de périnéphrite, section première de l'uretère.

15 mars 1938 : fistule sur 12 cm. de profondeur. Nitrate d'argent.

6 septembre 1938 : la cicatrisation est terminée, mais on trouve à gauche un noyau d'épididymite avec hydrocèle.

10 septembre 1938 : épидidymitectomie.

OBS. 33. — M. Dur..., 43 ans.

9 août 1938. — Envies fréquentes et douloureuses, qui vont en croissant depuis 7 à 8 mois; mictions incessantes pendant le jour.

Novembre 1937 : hématurie terminale.

Urine pâle et trouble.

Cystoscopie : œdème de l'orifice urétéral droit.

Cathétérisme : tuberculose du rein droit.

13 décembre 1938 : néphrectomie droite. Opérateur : Dr Falaize. — Schleich.

17 janvier 1939: il persiste une fistule; urines troubles.

Instillations de bleu dunacainé.

OBS. 34. — M. Fou..., 33 ans.

En novembre 1936. — Néphrectomie droite à Montargis.

Les douleurs et la pollakiurie persistent.

Fréquence nocturne : 1 heure. Diurne : 1/2 heure.

N'a pas reçu de traitement local depuis l'intervention.

Urine claire, mais contenant des débris pseudo-membraneux.

Cystoscopie : vaste ulcération du sommet.

Traitement : instillations de bleu dunacaïne, suivies d'étincelage.

12 mars 1938 : souffre encore. Fréquence diurne : 40 minutes. Nocturne : 1/2 h. à 2 heures.

Cystoscopie : reste de lésions bourgeonnantes sur l'emplacement de l'ulcération qui est très réduite.

2° Etincelage, suivi d'une réaction locale et fébrile très importante.

12 mai 1938 : urine encore un peu de sang. Fréquence diurne : 1 h. Nocturne : 2 à 3 heures.

Cystoscopie : il s'est formé une sorte de diverticule supérieur; urine à peu près claire, malgré la muqueuse saignante.

OBS. 35. — Mlle Gar...

6 janvier 1938. — Première crise en 1921, alors qu'elle était au sanatorium pour tuberculose pulmonaire. Le cathétérisme montra alors deux reins équivalents sans B.K. dans les urines.

Depuis août 1937 : signes de cystite.

Cystoscopie : orifice urétéral gauche sclérosé.

Cathétérisme : tuberculose du rein gauche, mais refuse l'intervention.

30 mai 1938 : après un nouvel examen : néphrectomie gauche. Opérateur : Dr Falaize. — Schleich. Rein creusé de cavernes, suites opératoires très bonnes.

29 juillet 1938 : fréquence diurne : 3 h. Nocturne : 4 fois et parfois 10 fois.

Cystoscopie : petit pointillé en haut, tache nacréée para-urétérale gauche.

Traitement : essai de nitrate d'argent 1/500, puis 1/250.

13 octobre : grande amélioration.

OBS. 36. — M. Gen..., 36 ans.

A eu en 2 mois : 2 hématuries, sans aucune douleur.

Fréquence diurne : 2 h. Nocturne : 0. Pus amicrobien. gauche.

6 mai 1938 : cathétérisme : tuberculose du rein gauche.

6 juin 1938 : néphrectomie gauche à l'hôpital. Dr Chevereau. — Schleich.

Suites très bonnes, mais il persiste une légère dysurie, avec une certaine fréquence. Instillation de bleu duna-cainé.

6 août 1938 : va très bien.

OBS. 37. — M. Gi..., 59 ans.

1^{er} juillet 1935 : début par signes de cystite. Première hématurie il y a huit jours.

Fréquence diurne : 6 à 8 fois. Nocturne : 2 à 3 fois.

Cystoscopie : quelques taches ecchymotiques diffuses; orifice urétéral œdémateux, éjacule louche.

8 février 1938 : urine toutes les 10 minutes avec douleur; prétend avoir été en bonne santé depuis 1935.

Cystoscopie : capacité : 35 cc.; orifice urétéral gauche: cul de four typique.

Cathétérisme : impossible à gauche.

Laboratoire : tuberculose du rein gauche.

14 mars 1938 : néphrectomie gauche. Opérateur : Dr Falaize. — Schleich.

Rein détruit, creusé de cavernes.

23 mai 1938 : les instillations de bleu n'ont pas été faites.

Cystoscopie : lésions encore diffuses et importantes.

Fréquence diurne : 1 h. Nocturne : 10 fois.

Septembre 1938 : arthrite tuberculeuse médio-tarsienne.

OBS. 38. — M. Gou..., 17 ans.

Antécédents : pleurésie sérofibrineuse à l'âge de 6 ans.

Néphrectomisé en 1929 pour tuberculose rénale gauche.

Les troubles urinaires persistent pendant longtemps; disparaissent pour réapparaître ensuite.

25 février 1935 : a fait une hématurie; urine trouble, sans douleur.

Epididymite gauche, dure, indolente.

Urines : colibacilles très abondants.

Cystoscopie : ulcérations et bourgeons charnus du sommet.

L'orifice urétéral gauche est cicatriciel; à droite l'éjaculation paraît limpide.

11 juin 1935 : épидidymectomie gauche.

25 juillet 1935 : amélioration considérable de l'urine, et disparition complète des signes fonctionnels.

16 septembre 1935 : l'amélioration persiste.

23 mars 1936 : aucun signe fonctionnel, mais l'urine est trouble.

Reprendre un traitement désinfectant intestinal.

10 octobre 1936 : a eu récemment une hématurie, qui a duré trois jours.

L'urine est à peine louche.

Cystoscopie : vessie en très bon état.

1937 : ne s'est jamais si bien porté.

OBS. 39. — Mme H..., 44 ans.

16 avril 1937 : depuis 18 mois, signes de cystite; urines purulentes.

Cystoscopie : nappe de cystite incrustée à l'orifice urétéral gauche.

Laboratoire : tuberculose du rein gauche.

Néphrectomie gauche : opérateur : Dr Falaize. — Schleich. Lésions anciennes, poches exclues, granulations.

15 octobre 1937 : fréquence diurne : 5 à 6 fois. Nocturne : 0.

Février 1938 : une collection suppurée s'ouvre sur la cicatrice.

12 septembre 1938 : fistule de 9 cm. sèche. Nitrate d'argent.

OBS. 40. — M. Ho..., 33 ans.

16 janvier 1936 : début il y a 13 ans, au régiment, par des hématuries.

Vu à l'hôpital en 1932, où l'on conclut à une tuberculose rénale non chirurgicale.

Tumeur blanche du genou. — Urines pâles et savonneuses.

Cystoscopie : orifice urétéral droit entouré de bourgeons charnus et d'ulcérations.

Cathétérisme : tuberculose du rein droit.

Néphrectomie droite : Opérateur : Dr Falaize. — Schleich. Supporte mal les instillations de bleu même dunacainé.

La fréquence jour et nuit va parfois à 20 minutes.

La fistule urétérale persiste avec reflux vésico-urétéral pendant 8 mois, finalement cicatrise,

Malgré cinq étincelages des lésions vésicales, la cystite persiste avec fréquence variant d'une demi-heure à 1 heure 1/4, entretenue par l'uretéríte droite.

Quant à la tumeur blanche du genou, elle a littéralement fondu en quelques semaines par une cure d'allergine. Le genou est sec et a repris sa mobilité.

OBS. 41. — Mme Hou..., 36 ans.

4 mai 1938 : signes de cystite depuis un mois.

Fréquence diurne : 1/2 h. Nocturne : 5 à 6 fois. Urine pâle et trouble.

Cystoscopie : vessie rouge; ulcération du sommet.

Orifice urétéral droit œdémateux et rouge.

Cathétérisme : tuberculose du rein droit.

14 mai 1938 : néphrectomie droite. Opérateur : Dr Falaize. — Schleich. Lésions anciennes et granulations ré-

centes; suites très bonnes, mais la dysurie persiste. Soumise aux instillations de bleu dunacaïné.

OBS. 42. — Mlle Ja..., 24 ans.

14 juin 1933 : depuis janvier, brûlures à la miction. Fréquence diurne : 1/2 h. Nocturne : 4 fois.

Cystoscopie : taches ecchymotiques et ulcérations disséminées autour de l'orifice urétéral droit.

Cathétérisme : tuberculose du rein droit.

28 juin 1938 : néphrectomie droite. Opérateur : Dr Falaize. — Schleich. Cavernes avec une poche claire.

29 juillet 1933 : fréquence diurne : 2 h. Nocturne : deux fois.

Cystoscopie : persistance de taches ecchymotiques.

Se marie le 16 février 1935.

19 février 1935 : a fait une hématurie le 9 février 1935, avec température et état intestinal, dû aux excès du voyage de noces.

30 mars 1935 : a ouvert une petite fistule sur sa cicatrice.

Nitrate d'argent dans le trajet. Guérit en 15 jours.

OBS. 43. — M. Lar..., 40 ans.

15 décembre 1937 : signes de cystite, avec hématurie le 15 novembre.

Fréquence diurne : 1/2 h. Nocturne : 10 fois.

Cystoscopie : vessie en très mauvais état dans la moitié gauche.

Instillations de bleu dunacaïné avant le cathétérisme, qui fait le

17 décembre 1938 : indique une tuberculose du rein gauche.

13 janvier 1938 : néphrectomie gauche. Opérateur : Dr Falaize. — Rachi. Très gros rein bosselé.

Néphrectomie sous-capsulaire, en-dessous de la gangue du périnéphrite, section première de l'uretère.

Mai 1938 : instillations de bleu dunacaïné; très bon état général.

Août 1938 : mal de pott dorso-lombaire.

OBS. 44. — M. Le..., 23 ans.

14 mai 1938 : signes de cystite depuis deux mois. Fréquence diurne : 1 h. 1/2. Nocturne : 3 fois, avec légère hématurie et amaigrissement.

Cystoscopie : lésions bourgeonnantes, surtout autour de l'orifice urétéral droit.

Cathétérisme : tuberculose du rein droit.

24 mai 1938 : néphrectomie droite. Opérateur : Dr Falaize. — Schleich. Grosses lésions caverneuses et semis de granulations récentes; uretère très malade.

Bonnes suites opératoires; cystite guérie en 5 semaines avec les instillations de bleu dunacaïné.

OBS. 45. — Mlle Mar...

14 mai 1936 : en avril dernier, crise douloureuse du rein droit, avec signe de cystite. Actuellement : brûlure à la miction, avec parfois légère hématurie. Fréquence diurne : 3 h. Nocturne : 2 fois.

Cystoscopie : orifice urétéral droit ponctiforme; orifice gauche en gueule de four; éjacule trouble.

Laboratoire : Tuberculose du rein gauche.

Néphrectomie gauche. Opérateur : Dr Falaize. — Schleich. Lésions ulcérocaséuses typiques.

2 mars 1937 : cystoscopie : taches ecchymotiques dans la moitié gauche, ce qui explique la présence de sang dans l'urine de temps à autre, sans aucun signe de cystite.

OBS. 46. — Mme Mau..., 52 ans.

16 février 1939 : depuis trois semaines, douleur à la fin de la miction, qui continue pendant 1 h. et se termine par

une crise douloureuse dans le flanc gauche avec nausées.

Fréquence diurne : 6 à 8 fois. Nocturne : 1 fois.

Cystoscopie : œdème à l'orifice urétéral gauche; petites ulcérations au sommet, comme des bulles d'herpès éclatées.

Cathétérisme : tuberculose du rein gauche.

Néphrectomie gauche. Opérateur : Dr Falaize. — Schleich. Tiers supérieur caséux; ulcération du calice inférieur.

Suites locales parfaites, mais la température monte à 40°2 le sixième jour.

On pense à une tuberculisation secondaire de la plaie, mais heureusement la température tombe verticalement le onzième jour.

Va parfaitement bien depuis.

OBS. 47. — Mme Me...

Cystite rebelle depuis deux mois. Fréquence diurne : 1 h. Nocturne : 4 fois.

Urine : hématies; pus amicrobien; à noter : goitre diffus.

Cystoscopie : vessie un peu rouge. Orifice urétéral gauche ponctiforme; à gauche deux orifices.

Instillations de bleu dunacaïné avant le cathétérisme, qui montre deux reins droits tuberculeux.

10 mai 1937 : néphrectomie droite. Opérateur : Dr Falaize. — Schleich. Cavernes du rein supérieur.

Atteinte granulique du rein inférieur.

1^{er} juillet 1937 : la brûlure à la miction persiste.

Cystoscopie : rougeur du sommet ; nappe blanche du bas-fond.

29 septembre 1937 : fréquence diurne : 1 h. Nocturne : 5 à 6 fois. Urine trouble.

Traitement : instillations de bleu dunacaïné, de nitrate d'argent et d'huile goménolée.

25 novembre 1937 : fréquence diurne : 2 h. 1/2. Nocturne : 4 heures.

9 février 1938 : fréquence nocturne : 5 fois; hématurie la veille.

Le goitre a doublé de volume. Le traitement radiothérapique proposé n'est pas fait.

18 juin 1938 : fréquence nocturne : 4 fois.

Cystoscopie : ulcération du sommet. Etincelage.

6 février 1939 : état parfait.

OBS. 48. — Mme Mer...

Opérée le 24 novembre 1933 à l'hôpital : néphrectomie gauche : gros rein contenant des cavernes purulentes et des granulations récentes.

Vue fin septembre 1934; tuberculisation secondaire de la plaie.

Urine purulente; fréquence nuit et jour : 20 minutes.

Traitement : bleu cocaïné en instillations vésicales.

Nitrater largement la plaie après morphine.

Peut rentrer chez elle quelques semaines après; plaie presque fermée.

Octobre : fréquence diurne : 1/2 h. à 1 h. Nocturne : 1/4 h. avant minuit; 5 à 6 fois après. Douleur à la fin de la miction. Température : 37-38°5 Etincelage.

Fin octobre : cystoscopie : persistance de lésions vésicales localisées.

Etincelage sous butelline locale.

6 novembre 1934 : fréquence diurne : 1 h. à 1 h. 1/2. Nocturne : 4 à 5 fois.

Aucune douleur; température : 36°8-37°.

1939 : en excellent état; a pu renvoyer sa bonne dès 1935 et reprendre toute son activité.

OBS. 49. — M. Nau..., 23 ans.

Début des troubles actuels par des signes de cystite.

La fréquence diurne et nocturne est alors de trois-quarts d'heure.

D'abord calmé par un traitement banal. Mais reprise de la cystite le 3, le 10, puis le 18 février.

A eu le 10 une crise douloureuse au niveau du rein droit.

Examen le 19 février 1939 :

Urine typiquement tuberculeuse.

Cystoscopie quasi-impossible.

Cathétérisme du rein gauche à l'uréthrocystoscope.

Tuberculose du rein droit.

Néphrectomie droite. Opérateur : Dr Falaize. Schleich.

Rein macroscopiquement sain.

Le lendemain soir, température à 39° avec douleurs au niveau des genoux, et des articulations tibio-tarsiennes.

Mis au salicylate malgré la néphrectomie.

Les signes fonctionnels disparaissent en trois jours.

On fait une cuti-réaction, qui ramène les douleurs articulaires et vésicales.

On institue un traitement à l'allergine le treizième jour. Réaction le lendemain soir à 40°.

Part avec ses articulations en très bon état, mais conserve une fréquence diurne et nocturne : 1 h.

Mis aux instillations de bleu dunacainé.

OBS. 50. — M. Por..., 35 ans.

4 novembre 1935 : signes de cystite depuis mai dernier. A fait deux hématuries.

Cystoscopie : pas de lésions localisées.

Cathétérisme : tuberculose du rein droit.

10 décembre 1935 : néphrectomie droite. Opérateur : Dr Falaize. Schleich.

14 janvier 1936 : va bien malgré les urines un peu troubles.

Instillations de bleu cocaïné.

11 mai 1936 : urine limpide, quoique foncée.

Novembre : orchite à colibacilles, guérie en 15 jours.

OBS. 51. — Mme Pou..., 32 ans.

18 octobre 1935 : dysurie et pollakiurie depuis 2 mois.

Fréquence diurne : 6 à 8 fois. Nocturne : 1 fois.

Cystoscopie : orifice urétéral droit nettement malade.

Cathétérisme : tuberculose du rein droit.

19 décembre 1935 : néphrectomie droite. Opérateur : Dr Falaize. Schleich : Petites cavernes au pôle supérieur.

15 mai 1936 : brûlure à la miction; cystoscopie : piqueté hémorragique en plusieurs endroits.

26 mai 1936 : grosse amélioration après les instillations de bleu cocaïné.

OBS. 52. — M. Pou..., 34 ans.

20 janvier 1939 : a eu au mois de décembre une crise de cystite.

Actuellement : fréquence nocturne : 3 fois.

Laboratoire : pyurie aseptique.

Les douleurs lombaire et vésicale ont disparu.

Examen : prostatovésiculite, surtout marquée à droite.

Urine pâle, grenue, alcaline.

Uréthrocystoscopie : léger œdème para-urétéral surtout à droite.

16 février 1939 : laboratoire : B. K. dans les urines.

Cystoscopie : l'orifice éjacule du pus.

Cathétérisme : tuberculose du rein droit.

Néphrectomie. Opérateur : Dr Déroutet. — Schleich.

Rein peu augmenté de volume; caverne du pôle inférieur.

Instillations de bleu dunacaïné à partir du sixième jour.

Suites excellentes. Il persiste une petite fistule. Nitrate d'argent.

OBS. 53. — Mme Rati...

5 mars 1937 : douleur à la fin de la miction, et amaigrissement depuis trois semaines.

Cystoscopie : vessie en très mauvais état; ulcération; œdème.

Instillations de bleu dunacaïne avant le cathétérisme qui, répété trois fois, en raison de l'insuffisance fonctionnelle du rein droit, indique à chaque examen la présence de rares B. K. dans l'urine du rein gauche avec pus abondant.

6 novembre 1937 : néphrectomie gauche. Opérateur : Dr Falaize — Schleich. Très facile; aucune lésion macroscopique.

Quelques follicules tuberculeux à l'examen microscopique.

17 janvier 1938 : signes fonctionnels sans grand changement.

Cystoscopie : urine claire à droite; œdème persistant à gauche.

21 juillet 1938 : fréquence diurne : 8 fois. Nocturne : 1 à 2 fois.

Cystoscopie : petit bourrelet en bas de l'orifice urétéral gauche.

30 septembre 1938 : mêmes signes fonctionnels ; toujours constipée; urines colibacillaires.

Uréthrocystoscopie : 0. Traitement : phosoforme et mandelium. Urine limpide.

OBS. 54. — Mme Re..., 37 ans.

Septembre 1933 : fréquence diurne : 1/2 h., avec douleur à la fin de la miction, depuis 6 mois. Température : 38°5-40°.

Etat général lamentable. Cystoscopie : vessie en très mauvais état, capacité 60 cc.

Cathétérisme : tuberculose du rein gauche.

21 septembre 1933 : néphrectomie gauche. Opérateur : Dr Falaize — Schleich. Rein engainé de périnéphrite. Section première de l'uretère; ligature du pédicule, où s'ouvrent des ganglions caséeux.

22 septembre 1934 : très bon état; a repris 4 kgs en cinq mois.

Fréquence diurne et nocturne : 3 h., mais avec urine trouble.

Cystoscopie : l'orifice droit éjacule clair; trois ulcérations au sommet.

Instillations de bleu, et amélioration complète ensuite.

OBS. 55. — M. Rie...

9 octobre 1936 : légères hématuries depuis deux mois.

Fréquence diurne : 2 h. Nocturne : 3 à 4 fois.

Antécédents : castration droite en 1930 pour tuberculose.

Enorme épидидymite gauche.

Cystoscopie : ulcération du sommet; orifice urétéral gauche suspect.

Cathétérisme : tuberculose du rein droit.

15 octobre 1935 : néphrectomie droite. Opérateur : Dr Falaize. Rachi. Ablation d'un gros rein bosselé; pus dans la plaie; un drain; une mèche postérieure.

Epididymectomie gauche : très violentes suites fébriles pendant 15 jours, avec de larges fistules qui se ferment en quelques semaines.

7 avril 1937 : très bon état; cicatrisation parfaite.

OBS. 56. — M. Rou...

Opéré en mars 1930 pour tuberculose rénale gauche.

En bon état pendant un an, puis état général médiocre. Fréquence nocturne : 30 fois et plus, depuis 6 semaines.

Traitement : instillations de bleu cocaïné et d'huile goménolée.

16 juin 1933 : amélioration par le bleu, mais non par l'huile.

Sonde à demeure souvent bouchée. Enlevée depuis quatre jours : quatre rétentions.

Uréthrocystoscopie : ulcérations du col et bourgeons charnus.

La vessie — capacité 100 cc. — paraît convenable.

Etincelage sur les ulcérations du col et du bas-fond.

5 juillet 1933 : plus de rétention depuis. Fréquence diurne : 1 à 2 h. Nocturne : 5 à 6 fois; douleur très diminuée. De temps à autre caillots vermiformes, avec douleur du rein droit.

Uréthrocystoscopie : nette amélioration; caillots vermiformes du bas-fond.

Etincelage. Antigène. Instillations de bleu cocaïné.

28 août 1934 : urine plus claire; instillations cessées.

Va très bien depuis.

OBS. 57. — Mlle Th..., 47 ans.

28 mars 1932 : troubles urinaires depuis 3 ans. Fréquence diurne et nocturne : 2 h.; urines savonneuses.

Cathétérisme : tuberculose du rein droit.

28 mai 1932 : néphrectomie droite. Opérateur : Dr Fa-laize. Rachi, Tamponnement à demeure sur une polaire inférieure.

29 juin 1932 : fréquence diurne et nocturne : 6 à 8 fois; urines claires.

Instillations de bleu cocaïné.

12 juin 1933 : fréquence diurne : 4 à 5 fois. Nocturne : 1 fois.

Urine claire; signes fonctionnels : 0.

OBS. 58. — Mme To...

25 novembre 1937 : signes de cystite depuis un mois. Fréquence diurne : 10 minutes à 1 h., avec hématuries. Température : 37°-39°.

Cystoscopie : orifice urétéral droit œdémateux, d'où sort du pus; ulcération du sommet.

Le cathétérisme libre à droite 50 cc. de pus : tuberculose du rein droit.

Néphrectomie droite, après trois jours de sonde à demeure. Opérateur : Dr Falaize. Schleich. Gros rein bosselé ; importante périurétérite.

Hématurie franche le quinzième jour.

29 janvier 1938 : la plaie à trois fistules profondes de 10 cm.; les signes de cystite persistent.

Traitement : nitrate d'argent. Instillations de bleu dunacainé. Etincelage.

OBS. 59. — M. Vi..., 18 ans.

Fréquence diurne : 1/4 d'heure à 1/2 heure. Nocturne : 3 à 4 fois.

Accompagnée de pesanteur lombosacrée et de chaleur uréthrale.

Hématurie terminale il y a deux mois.

Urine trouble, alcaline.

Cystoscopie : aspect de tuberculose rénale droite, que confirme le cathétérisme.

20 octobre 1938 : néphrectomie droite. Dr Chevereau. Schleich.

Cavernes purulentes.

La fréquence persiste. Instillations de bleu dunacainé.

10 décembre 1938 : cystoscopie : vessie encore très malade, à laisser au bleu et à étinceler ensuite.

1^{er} février 1939 : très grande amélioration par le bleu alterné au nitrate d'argent.

Etincelage d'une petite ulcération très limitée; vessie saine par ailleurs.

Troisième groupe

Mortalité générale.

OBS. 60. — M. Ber..., 17 ans.

Hématuries, avec douleur à la fin de la miction depuis des mois.

Fréquence diurne et nocturne : 1 heure.

Urine typiquement tuberculeuse et sang à la fin de la miction.

Cystoscopie : ulcérations, végétations, pus, orifices urétraux invisibles. Instillations de bleu avant le cathétérisme qui indique une tuberculose du rein gauche.

16 septembre : néphrectomie gauche. Opérateur : Dr Falaize. Schleich.

Cinq jours apyrétiques, puis signes d'entérite avec 40°, défaillance cardiaque qui s'arrange, mais 6 jours après : anurie.

Décapsulation du rein droit le lendemain.

Urine les jours suivants : 150, 650, 2.200 cc., mais la température remonte à 39°5 pendant huit jours, et le malade meurt de *méningite tuberculeuse*.

OBS. 61. — M. Da..., 38 ans.

26 avril 1934 : néphrectomie droite en janvier 1933, à Paris.

Avait eu avant l'intervention : allergine, antigène, V. A. V. de Vaudremer.

Fréquence diurne : 1/2 h. à 3/4 d'heure. Nocturne : 6 à 7 fois.

La plaie lombaire n'est pas encore complètement cicatrisée.

Traitement : instillations de bleu cocaïné; antigène.

28 avril 1934 : nette amélioration. Fréquence diurne : 1 h. Nocturne : 4 fois. Capacité spontanée : 125 cc. Rétrécissement urétral.

8 mai 1934 : réaction fébrile avec hématurie à la suite de la troisième injection d'antigène.

16 mai 1934 : malgré la suppression de l'antigène, les hématuries et les douleurs augmentent. Capacité vésicale : 40 cc.

Instillations de bleu cocaïné.

28 mai 1934 : signes fonctionnels : 0. Etincelage du col.

27 juillet 1934 : deuxième étincelage.

8 octobre 1934 : fréquence diurne : 3 h. Nocturne : 3 à 4 fois sans douleur, mais reprise de l'hématurie tous les 3 ou 4 jours, sauf avec les instillations de bleu qui amènent un calme de 8 jours.

Le caillot est certainement prostatique. Le toucher rectal montre le lobe gauche de la prostate gros et bosselé.

Fin novembre : hématurie : douleur, pollakiurie, cinq jours de sonde à demeure et tout s'arrange.

2 janvier 1935 : fréquence diurne : 3 h. Nocturne : 3 fois.

Capacité vésicale : 350 cc.

Allergine, forte réaction.

Saigne environ tous les six jours; les instillations de bleu arrangent tout.

5 avril 1935 : a repris 4 kgs en un mois.

1937 : revu dans la rue en très bon état.

Août 1937 : coliques néphrétiques gauches; a éliminé trois calculs.

15 février 1938 : anurie de 18 h. qui cède à la belladone et à la pipérazine; mais mictions incessantes.

Cystoscopie : vessie en très mauvais état; calcul comme un petit pois.

Dilatation du canal : élimine le lendemain le calcul.

Huit jours de mauvais état général, avec 39°5, vomissements.

5 mars 1938 : rétention complète; sonde à demeure.

11 mars 1938 : ballonnement du ventre, vomissements, constipation, parésie vésicale. Diagnostic : péritonite bacillaire, qui s'arrange en trois mois.

Décès le 5 janvier 1939 : cachectique, avec rétention vésicale de 300 gr. sondée et lavée chaque jour.

OBS. 62. — M. Des...

26 avril 1933 : brûlure à la fin de la miction depuis quinze jours.

Fréquence nocturne : 10 fois; Diurne : 2 heures.

Antécédents : épididymectomie droite en 1918.

Epididymite gauche en 1928.

Cystoscopie : vessie très rouge; œdème du bas-fond qui est tomenteux; œdème bulleux autour de l'orifice urétéral gauche qui bombe et éjacule louche.

Cathétérisme : tuberculose du rein gauche.

17 mai 1933 : néphrectomie gauche. Opérateur : Dr Falaize. Schleich. Gros rein engainé de périnéphrite. Section première de l'uretère.

6 juin 1933 : la fréquence augmente chaque jour jusqu'à une incontinence absolue très douloureuse.

Puis rétention complète aiguë par contracture du col; sonde à demeure.

Instillations tous les jours de bleu cocaïné, alterné avec l'huile goménolée. On retire la sonde au huitième jour.

La fréquence tombe ensuite à : jour : 5 fois; nuit : 2 fois.

La plaie n'est pas encore cicatrisée; fistule profonde de 12 centimètres.

20 février 1934 : fréquence diurne et nocturne : 1 heure 1/2; douleur accentuée.

Instillations de bleu cocaïné et 15 séances de R. U. V.

6 juin 1934 : après une nouvelle séance de R. U. V., l'état général est très bon.

9 octobre 1934 : uréthrocystoscopie : capacité vésicale : 100 cc.; barre prostatique; vessie en sablier; paroi vésicale saine, sauf sur les bords du sablier.

Etincelage, sur avis du Professeur Marion.

13 mars 1935 : revoit le Professeur Marion, qui confirme le bon état local et conseille les instillations d'huile phéniquée et le V. A. V.

25 mars 1935 : fréquence diurne : 1 h. 1/2. Nocturne : 2 heures.

Deuxième série de V. A. V.

Passe un bon mois d'août, après des injections de Bruschettini et des instillations de bleu cocaïné.

Mais les troubles reprennent de plus belle et :

20 novembre 1936 : urétérostomie par le Pr Marion.

28 janvier 1937 : néphrostomie par le Pr Marion.

Meurt dans le marasme avec une douzaine de fistules de la région lombaire et de la paroi abdominale. 4 septembre 1937.

OBS. 63. — M. Lej...

18 mars 1932 : réformé pour sclérose pulmonaire.

Vient consulter pour hématuries.

Epididyme gauche et déférent triplés de volume.

Commencement d'abcès froid du scrotum.

Cathétérisme : tuberculose rénale inopérable en raison de l'état général.

Traitement : antigène; instillations de bleu cocaïné.

2 septembre 1932 : le traitement local améliore. Fréquence diurne : 2 h. Nocturne : 4 fois.

A gauche : orchépididymite fistulisée.

Toucher rectal : vésicules séminales énormes.

Cystoscopie : vessie en très mauvais état.

5 septembre 1936 : cathétérisme : tuberculose rénale droite. Le rein gauche est sain.

14 septembre 1932 : néphrectomie sous-capsulaire. Opérateur : Dr Falaize. Schleich. Résection de la douzième côte; pinces à demeure; tout reste ouvert.

3 novembre 1932 : il ne reste à cicatriser que l'angle postéro-supérieur de la plaie et 3 cm. au milieu.

4 janvier 1933 : l'état local est très bon, mais l'état général est déplorable.

5 janvier 1933 : bacillémie certaine.

Décès quelques jours après.

OBS. 64. — M. Pel...

10 novembre 1934 : douleur à la fin de la miction avec quelques hématuries.

Fréquence diurne : 8 à 10 fois. Nocturne : 1 heure.

Cystoscopie : lésions prédominant à gauche.

Cathétérisme : tuberculose rénale droite; rein gauche sain.

Néphrectomie droite. Opérateur : Dr. Falaize. Schleich. Rein énorme engainé de périnéphrite; uretère gros comme le pouce.

Les signes de cystite persistent, avec une température à 39°.

Bacillémie certaine. Décès le 1^{er} avril 1935.

OBS. 65. — M. Rag...

16 novembre 1937 : depuis 3 mois, mictions très fréquentes. Jour : 40 fois. Nuit : 20 fois, avec douleur finale et urines purulentes.

Cystoscopie : cystite intense ; ulcération du plafond; orifice urétéral gauche œdémateux, avec fausses membranes.

Instillations de bleu dunacaïne avant le cathétérisme, qui indique une tuberculose du rein gauche.

9 février 1938 : néphrectomie gauche : difficile — malade obèse — sclérolipomatose périrénale.

Mort en 18 h., de défaillance cardiaque, au cours d'une broncho-pneumonie, le septième jour après l'intervention.

OBS. 66. — M. Ran..., 45 ans.

11 août 1933 : fréquence diurne et nocturne : 1 h., sans douleur.

Cystoscopie : vessie de petite capacité; ulcération du sommet; orifice urétéral gauche œdémateux, béant; droit: congestif.

Cathétérisme : tuberculose du rein gauche; rein droit sain.

Néphrectomie gauche à Paris.

14 octobre 1933 : en bon état, mais la pollakiurie persiste.

Instillations de bleu dunacainé et d'huile goménolée, alternées.

Etat excellent jusqu'en avril 1937.

21 juillet 1937 : a fait deux jours avant, alors qu'il était au lit depuis quelque temps, un œdème aigu du poumon.

Tension maximum : 24; céphalée; dyspnée; épistaxis; troubles visuels.

Troubles remontant à plusieurs semaines.

Malade extrêmement pâle ; face souflée mais sans œdème.

Aspect évident de néphrite azotémique hypertensive maligne.

Prise de sang : coagulation plamastique; urée sanguine : 2,95.

On est en pleine mode d'essais chirurgicaux sur ces néphrites : décapsulation le soir même du rein gauche, sans véritable énervation du pédicule.

Ce n'est qu'après l'intervention qu'on a la réponse du laboratoire : B. K. dans les urines.

16 août 1937 : urée sanguine : 3,85; signes fonctionnels : 0

Suppression de la dyspnée.

Repart chez lui et meurt au bout de cinq jours.

STATISTIQUE GENERALE

Nous avons rassemblé 66 observations de néphrectomie pour tuberculose rénale, parmi lesquelles figurent :

27 femmes et 39 hommes.

La mortalité est de 7, c'est-à-dire de 10,66 % à 7 ans de distance des premières interventions.

Elle se décompose ainsi :

Mortalité opératoire : 2, c'est-à-dire 3,33 %.

Observation N° 60 : méningite tuberculeuse.

Observation N° 65 : défaillance cardiaque au cours d'une congestion pulmonaire, le 7^e jour.

Mortalité éloignée : 5, c'est-à-dire 7,33 %.

Observation N°s 63 et 64 : généralisation tuberculeuse 3 mois après l'intervention.

Observation N° 62 : atteinte du rein bacillaire 3 ans après l'intervention.

Observation N° 66 : atteinte du rein restant 4 ans après l'intervention.

Observation N° 61 : généralisation tuberculeuse 6 ans après l'intervention.

Suites éloignées : 14 de nos malades ont guéri sans aucun soin particulier, c'est-à-dire 20 %.

Tous les autres ont guéri de leurs lésions urinaires, sauf 5 opérés, qui poursuivent actuellement leurs

instillations de bleu, moyennant quoi, ils ne présentent aucun signe vésical, sauf le malade de l'observation 40, véritablement rebelle, et la malade de l'observation 53, qui présente une cystalgie persistante, avec une urine absolument limpide et une vessie entièrement saine.

Un seul malade présente un rétrécissement urétral, qu'on dilate. Il est d'ailleurs, depuis 6 mois, dans un état pulmonaire extrêmement grave (observation N° 23).

Les arthrites du genou (observation N° 40), médiotarsienne (observation N° 37) sont actuellement éteintes.

Le mal de Pott (observation N° 43) est en cours de traitement à Kerpape.

La poussée de rhumatisme tuberculeux (observation N° 49) a été complètement jugulée par l'Allergine.

Les lésions épидидymaires ont été assez fréquentes : 7 malades sur 39 hommes ont présenté une épидidymite uni ou bilatérale, qui ont nécessité l'épидidymectomie, sauf le N° 10, chez qui la castration a été rendue nécessaire en raison de l'envahissement du cordon par de multiples abcès.

Tous ont parfaitement guéri après l'intervention.

CONCLUSIONS

Cette statistique de 66 néphrectomies pour tuberculose rénale confirme les données classiques : la tuberculose rénale est une bonne localisation de tuberculose.

1° La mortalité opératoire immédiate est nulle du fait de l'intervention. Une localisation méningée et le mauvais état cardiopulmonaire peuvent seuls être incriminés.

2° Pour obtenir cette sécurité opératoire, la sécurité des examens antérieurs est indispensable au même titre que les soins post-opératoires parfaitement réglés.

3° Le pronostic général est surtout fonction des autres lésions préexistantes.

4° Soulignons la rareté d'autres localisations après l'intervention, sauf l'*épididymite véritablement fréquente*.

On n'a pas observé une seule fois l'apparition d'une seule tuberculose pulmonaire.

Quant à l'atteinte d'un rein sain avant l'intervention, elle a été réalisée 2 fois sur ces 66 cas.

5° Il faut quand même insister sur l'intérêt que présentent les thérapeutiques adjuvantes, qui luttent contre l'élément bacillaire : nous avons utilisé :

- l'antigène de Nègre et Bocquet ;
- l'allergine de Jousset ;
- le V.A.V.. de Vaudremer ;

6° Les seules suites importantes sont les séquelles locales au niveau de la plaie opératoire et de la vessie.

PRONOSTIC LOCAL.

Il est avant tout conditionné par les lésions anatomo-pathologiques du rein et de la vessie. .

Au niveau de la plaie, la tuberculisation secondaire est rare.

Nous en avons vu deux cas.

La mise à plat et le nitrage amèneront la guérison en quelques mois.

Les fistules traitées par le crayon de nitrate ne dureront pas plus de quelques semaines.

Le rétrécissement urétral s'entretient bien au prix de dilatations régulières.

La séquelle qu'on ne doit pas négliger est la persistance de la cystite bacillaire.

Elle est entretenue :

- par la persistance des lésions préexistantes ;
- par les lésions urétérales du côté opéré ;
- par le reflux vésico-urétéral ;

— par l'état du système prostatovésiculopépididymaire ;

— par l'état du rein restant.

Ces lésions ne guériront que par des soins assidus ; *instillations* d'huiles médicamenteuses, et surtout de *bleu de méthylène*.

Nous insisterons particulièrement sur les avantages que présentent les nouvelles préparations du bleu Dunacainé à 2 %.

Ces solutions non seulement sont indolores, mais anesthésiantes. Elles permettent de prolonger la tolérance vésicale, et, par conséquent, l'action efficace du bleu.

Dans quelques cas, il faudra faire un *étincelage de haute fréquence* pour cautériser des lésions particulièrement tenaces : ulcérations et bourgeons charnus, parfois œdème, surtout autour du col.

Là encore, les instillations de bleu dunacainé à 2 % seront le complément indispensable du traitement.

Enfin il sera absolument exceptionnel qu'on soit contraint de mettre la vessie au repos par un traitement chirurgical :

- soit par la cystostomie ;
- soit par l'uretérostomie ;
- soit par la néphrostomie.

Ces interventions ne sont que des pis-aller souvent pitoyables, car elles ne s'imposent que dans les cas où le rein restant est lui-même tuberculeux.

L'expérience nous a montré que, dans ces cas en tous points comparables à la cystite des tuberculeux rénaux bilatéraux, le bleu dunacaïné à 2 % donne une sédation telle que son emploi régulier enlève au malade les seuls symptômes qui pourraient lui faire comprendre la gravité de son affection.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
CHEVASSU.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ et GRANDINEAU. — Le reflux uretéral dans le deuxième rein au cours de la tuberculose rénale. (*Journal d'Urologie*, 1921).
- BARBIER et CIBERT. — Tuberculose rénale ouverte avec hypertension. Néphrectomie. Guérison clinique rapide et heureux effets de l'intervention sur l'hypertension. (*Lyon Médical*, 5 avril 1931).
- BERTRAND. — Pronostic et traitement des cystites douloureuses après néphrectomie pour tuberculose rénale. (*Thèse de Lyon*, 1923).
- BRUMWELL. — Nephrectomy in renal tuberculosis. Indication. Contre-indication and after results. (*Newcastle M. J.*, octobre 1932).
- CATHELIN. — Les séquelles de la néphrectomie pour tuberculose rénale. (*Journal des Praticiens*, 19 mai 1928).
- V. CAUTINIEAUX. — Les suites de la néphrectomie dans le traitement de la tuberculose rénale. (*Journal belge d'Urologie*, décembre 1933).
- M. CEZILLI. — Deux cas d'uretérostomie iliaque chez deux malades anciennement néphrectomisés pour tuberculose rénale. (*Journal d'Urologie*, février 1935).
- CHEVASSU. — Le rein des tuberculeux génitaux mâles. (*Journal d'Urologie*, 1935).
- Sur le diagnostic précoce de la tuberculose rénale. (*Journal d'Urologie*).
 - Tuberculose rénale. (*Pratique médico-chirurgicale*).

- G. CIRIO. — Sugli esitilontani della nefrectomia per tubercolosi renale. (*Minerva medica*, 22 septembre 1935).
- R. CONDAMIN. — Des tâches apportées aux résultats de la néphrectomie pour tuberculose unilatérale, par des localisations tuberculeuses extra-rénales. (*Journal d'Urologie*, 1926).
- DARGET et JEANNENEY. — Tuberculose rénale latente. Néphrectomie. Artérite oblitérante de la fémorale et urémie consécutive mortelle. (*Journal d'Urologie*, 1934).
- DE BERNE LAGARDE. — La vessie des néphrectomisés pour tuberculose rénale. (*L'Hôpital*, 1924).
- DOSSOT. — L'uretère après néphrectomie pour tuberculose. (*Le Bulletin Médical*, 25 février 1933).
- ESMENARD. — Du traitement des lésions vésicales après la néphrectomie pour tuberculose rénale. (*Le Sud Médical et Chirurgical*, 15 octobre 1929).
- FALCI. — La tuberculose rénale de l'enfant (fréquence, évolution, pronostic) comparée à celle de l'adulte. (*Journal d'Urologie*, 1928).
- R. FRANÇOIS. — Les fistules lombaires après la néphrectomie pour tuberculose rénale. (*Thèse de Paris*, 1923).
- J. FRENAIS. — L'uretérostomie cutanée dans le traitement des cystites rebelles chez les néphrectomisés pour tuberculose. (*Journal d'Urologie*, 1934).
- FULLERTON. — Statictis of post-operative survival of renal tuberculosis. (*Brit. M. J.*, 8 octobre 1927).
- GOMÈS. — Tuberculose du rein et de la capsule surrénale droite. Néphrectomie droite datant de 19 ans. Calcul du rein restant. Néphrolithotomie. Guérison. (*Lisboa medica*, 3 mars 1933).
- GUILLON. — De quelques résultats de néphrectomie dans la tuberculose rénale. (*Thèse de Paris*, 1910).

GUTTERIEZ. — Diagnostic et traitement de la tuberculose rénale. (*Journal d'Urologie*, 1931).

HEITZ-BOYER et Léon BERNARD. — Résultats comparés des divers traitements de la tuberculose rénale. (*Rapport à l'Association française d'Urologie*, 16^e Session, Paris, 1912).

HEITZ-BOYER. — Syndrome entéro-rénal. (*Journal médical français*, 1922).

HOGGE. — Cent cas de néphrectomies pour tuberculose rénale. (*Journal d'Urologie*, 1924).

JEANBRAU et TRUC. — Présentation d'un malade néphrectomisé pour tuberculose et atteint de cystite intense ayant nécessité l'exclusion de la vessie par urétérostomie iliaque. (*Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 4 mars 1932).

JEAN. — Hémorragie secondaire tardive par la plaie lombaire après néphrectomie pour tuberculose. (*Bulletin d'Urologie*, juin 1936).

KESSELER. — Traitement et amélioration par l'allergine d'un cas de tuberculose opéré, ayant donné lieu dans les suites post-opératoires à des complications graves ayant mis la vie du malade en danger. (*Revue Médicale de l'Est*, juillet 1938).

LARGET et LAMARRE. — Tuberculoses rénales inopérables. Essai de traitement par le V.A.V. de Vaudremer. (*Journal d'Urologie*, 1928).

LAFON, FULCONIS et SIRJEAN. — Néphrectomie pour tuberculose rénale et gestation consécutive. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie d'Alger*, 13 février 1932).

LE FUR. — Hémorragies secondaires et répétées par la plaie lombaire après néphrectomie pour tuberculose rénale. (*Journal d'Urologie*, 1933).

- P. LAFON. — Indications et résultats de la néphrectomie dans la tuberculose rénale. (*Thèse de Montpellier*, 1910).
- LEMARINIER. — Les suites opératoires après néphrectomie pour tuberculose rénale. (*Thèse de Paris*, 1931).
- LENI. — La nefrectomia della tuberculosi renale. (*Arch. ital. di chir.*, 1933).
- MARION. — Des précautions à prendre au moment de l'intervention et des soins à donner pour obtenir la bonne guérison d'une néphrectomie pour tuberculose rénale. (*Journal d'Urologie*, 1925).
- Tuberculose rénale. *Traité d'Urologie*, 1935).
- MARION et HEITZ-BOYER. — *Traité de Cystoscopie*.
- MARTINET. — Résultats de la néphrectomie dans la tuberculose rénale bilatérale. (*Thèse de Lyon*, 1925).
- MICHON. — Les séquelles de la tuberculose urinale après néphrectomie. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 mai 1933).
- MONBAERTS et LAROCHE. — De la fréquente association de la tuberculose rénale et de la tuberculose épидидymaire. (*Journal d'Urologie*, 1930).
- ORAISON. — Tuberculose généralisée subite après néphrectomie. (*Journal d'Urologie*, 1935).
- PAGÈS. — La néphrectomie primitive dans la tuberculose rénale. Indications et résultats. (*Thèse de Lyon*, 1908).
- PAPIN. — Epithélioma de l'uretère restant après néphrectomie pour tuberculose. Hémorragies redoutables. Urétérectomie totale. (*Bulletins de la Société française d'Urologie*, 17 juin 1935).
- PENA. — Valeur de l'hématurie rénale consécutive à une néphrectomie pour tuberculose rénale. (*Journal d'Urologie*, 1913).
- RAFIN. — Tuberculose du rein droit. Mauvaise constante. Néphrectomie. Guérison. (*Journal d'Urologie*, 1914).

- RAMARONY. — Résultats éloignés de la néphrectomie pour tuberculose rénale. (*Thèse de Bordeaux*, 1922).
- S.-Y. RATNER. — Remoteresults of surgical interference (nephrectomy) in tuberculosis of kidneys. (*Russk. Klin.*, 1930).
- RAVASINI. — Sur la persistance de la bacillurie tuberculeuse après néphrectomie pour tuberculose rénale. (*Minerva Medica*, 15 juin 1936).
- SERRALACH. — Algunas secuelas de la nefrectomia por tuberculosis renal unilateral. (*Rev. de Hig. y de Tuberc.*, 1933).
- SUTER. — Bericht über 341 wegen Nierentuberkulose Nephrectomierte. (*Schweiz Wochenschr.*, 1934).
- TAKAHASHI. — Etat de santé d'une malade à qui fut pratiquée 20 ans auparavant l'ablation d'un rein tuberculeux. (*Journal d'Urologie*, 1927).
- TURNER. — Tuberculous meningitis following nephrectomy for tuberculosis. (*Journal d'Urologie*, 1935).
- THÉVENOT. — La tuberculisation de la loge rénale après néphrectomie pour tuberculose. (*Lyon Chirurgical*, 1921).
- La vessie des néphrectomisés pour tuberculose rénale. (*Journal d'Urologie*, 1924).
- THOMAS. — Successful nephrectomy for tuberculous and calculous pyonephrosis requiring multiple transfusion. (*Journal d'Urologie*, 1929).
- TYRAND. — Des poussées pulmonaires après néphrectomie pour tuberculose rénale. (*Thèse de Lyon*, 1923).
- UTEAU. — Les suites des néphrectomies pour tuberculose rénale. (*Gazette Médicale de France*, 1928).
- VAUDREMER. — Nouvelles recherches sur le développement du bacille tuberculeux. Applications thérapeutiques. (*Gazette des Hôpitaux*, 1927).

- VIANNAY. — Un cas de rémission prolongée dans le cours d'une tuberculose rénale. Récidive quatre ans après la guérison. (*Loire Médicale*, 1924).
- VINCENT-BERA. — Reflux vésico-urétéral dans le rein sain après néphrectomie pour tuberculose rénale. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 1933).
- WESTERBORN. — Résultats du traitement chirurgical de la tuberculose rénale. (*Upsala Läkare*, Forhande, 1926).
- WILDBOTZ. — La mort par insuffisance surrénale après la néphrectomie pour tuberculose. (*Journal d'Urologie*, 1935).
- WOLFROMM. — Séquelles de la néphrectomie pour tuberculose rénale. (*Les feuillets du Praticien*, n° 22).



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE



